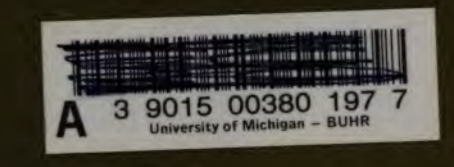
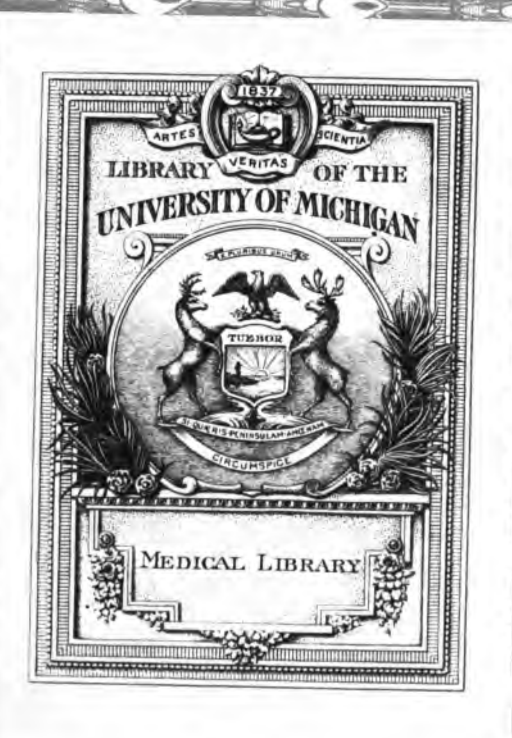
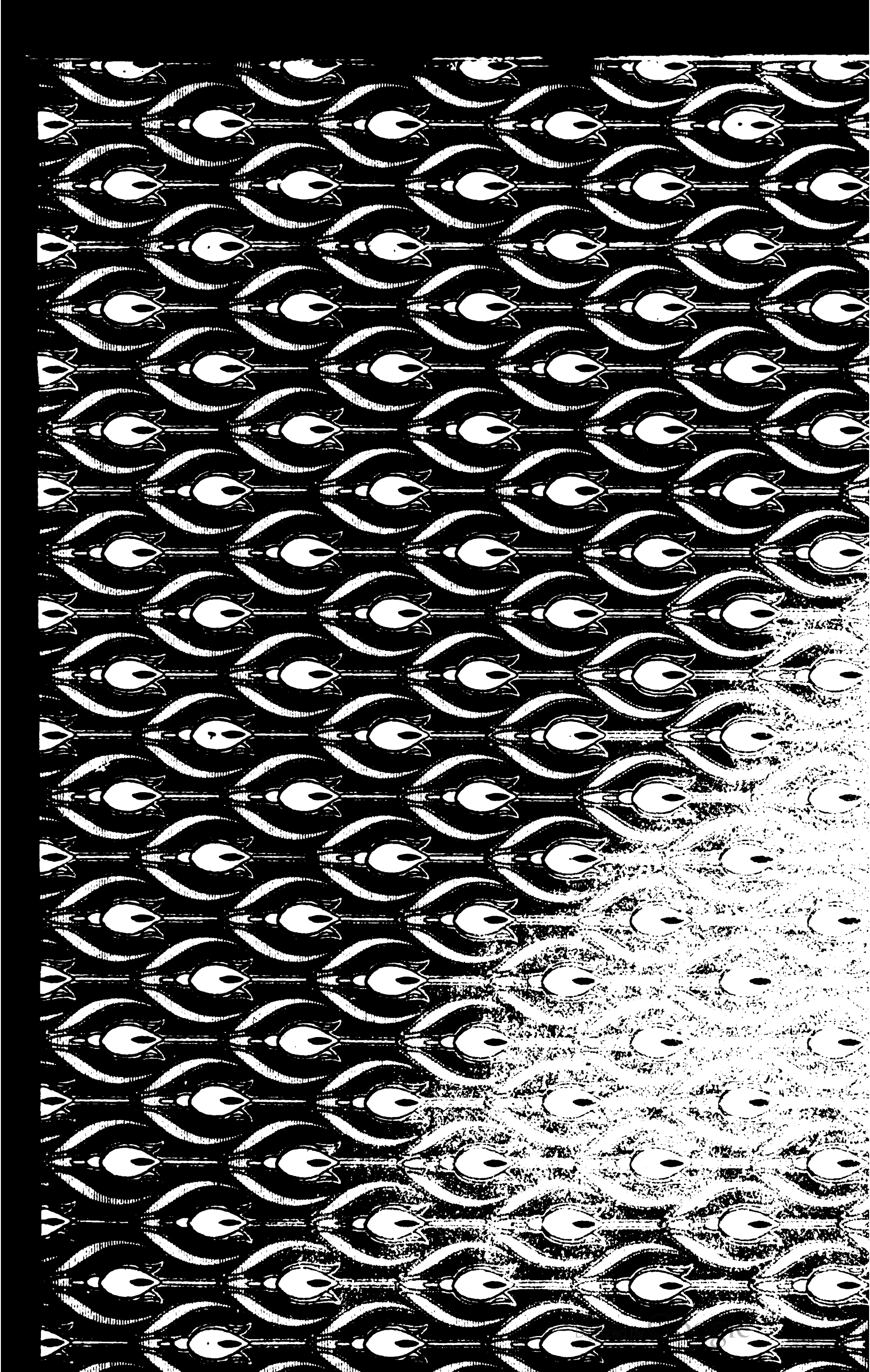



Excerpta medica

1903/1904.


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.**

**Dreizehnter Jahrgang 1903/1904.**



CARL SALLMANN IN LEIPZIG

1904.

# Verzeichniss der Stich- und Schlagworte.*)

Actinomykosis 7.
Agrypnie 3, 6, 8, 12.
Akne 12.
Anaemie, Chlorose 3, 6, 11.
Anaesthesie, Narkose 5, 7, 9.
Aneurysmen 11.
Arteriosklerose 8, 10.
Arthritis urica 1, 5, 7.
Arzneiexantheme 3, 7.
Asepsis, Antisepsis, Desinfection 2, 4, 6, 9, 12.
Asthma 7.
Augenentzündungen 3, 4, 5, 9, 11.

Banti'sche Krankheit 2.
Basedow'sche Krankheit 1, 4, 9.
Blutungen 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11.
Bronchitis 2, 6.
Bronchostenose 2.

Cirrhosis hepatis 8.
Combustio 3, 7.
Cystitis 7.

Diabetes 1, 3, 6, 12.
Diphtherie 5, 10.

Ekzem 4, 6, 9, 12.
Epilepsie 6.
Erysipel 4, 6.

Fissura ani 5.
Fracturen und Luxationen 1, 4, 8.
Fremdkörper 10.
Furunkel 11, 12.

Gewerbekrankheiten 11.
Gonorrhoe 1, 3, 5, 7, 10, 11, 12.

Haemorrhoiden 5.
Helminthiasis 1, 7.
Herpes 1, 4, 10.
Hyperidrosis 1.
Hysterie 3, 5, 7, 8.

Impotentia 8.
Influenza 5.
Insectenstiche 6.
Intoxicationen 1, 2, 5, 8, 12.

Laryngitis 9.
Lupus 2.

Magen- und Darmkatarrhe 2, 5, 8, 12.
Menstruationsanomalieen 4.

Nephritis 3, 5, 6, 9.
Nephrolithiasis 1, 9.
Neuralgieen, Neurosen 2, 6, 10.

*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei allen übrigen Registern die Seiten.

Obstipatio 2, 4, 7, 11.
Otitis 7, 11.

Panaritium 6.
Paralysen 2, 8, 9.
Parametritis, Perimetritis 9.
Pediculosis 1.
Perniones 9.
Pertussis 1, 8, 12.
Phimosis 8.
Pityriasis versicolor 6.
Pleuritis 5, 7.
Pneumonie 5.
Prostatahypertrophie 12.
Psoriasis 11.

Retroflexio uteri 1.
Rheumatismen 1, 3, 5, 7, 9, 10.

Scabies 2.
Scarlatina 2, 7.
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 2, 6, 7, 8.
Seekrankheit 7, 9, 12.
Sepsis, Pyaemie 4, 8, 10, 12.
Stenocardie 4.
Sycosis 7.
Synovitis 3.
Syphilis 1, 4, 7, 10, 11, 12.

Tabes dorsalis 6.
Tetanus 9.
Trichophytiasis capitis 1.
Tuberculose 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12.
Tumoren 1, 4, 5, 9, 11.
Typhus 3, 7, 8.

Ulcus cruris 5, 10.
Ulcus molle 10, 12.
Unguis incarnatus 2.
Urticaria 4.

Vitia cordis 3, 7, 9.

Wanderniere 5.

# Inhalts-Verzeichniss.

## A.

Abdominaluntersuchung im Bade 277, 425.

Abort, Stypticin bei 153, Miliartuberculose nach 79.

Acetonvergiftung durch einen Celluloid-Mullverband 57.

Acetum Sabadillae gegen Pediculosis 253.

Acid. camphoric. bei Katheterfieber 237.

— carbolic. gegen Insectenstiche 257.

— hydrochloric. geg. Lupus 61, Arthritis urica 295.

— pyrogallic. gegen Lupus 59.

— salicyl. gegen Pityriasis versicolor 85, Ekzem 251.

Acoin zur Localanaesthesie in der Augenpraxis 193, als locales Anaestheticum 194.

Actinomykosis, primäre der Haut 289, A. oder Osteomyelitis des Oberschenkels 290.

Adrenalin bei Blutungen 203, Darmblutungen im Typhus 6, Haemoptoe 438, in der Gynaekologie 107, 423; Hautgangraen durch A. 195, 439.

Aether-Narkose 195, 197, 198, 386—389.

Agrypnie, Behandlung mit Hedonal 241, Isopral 337, 338, Veronal 97—99, 242, 243, 521, 522; Diagnose und Behandlung der cardialen A. 338.

Akne rosacea und Diabetes 7.

— vulgaris, Behandlung der A. 523, mit Hefeseifen 524, Thigenol 397, 465.

Albargin gegen Gonorrhoe 117, 447.

Albuminurie bei Erysipel 161.

Alkohol, Behandlung mit A. bei Erysipel 257, Lymphangitis 427, Perniones 408.

Alopecia areata, Behandlung mit Ol. Gossypii 86.

Alpha-Kakes 465.

Anaemie, Chlorose, Diagnose der perniciösen A. 99, schwere A. durch Taenia solium 101; Behandlung mit Atoxyl 244, Dyspeptine 217, Ferrozon 473, Liq. Sanguinalis „Krewel“ 473, Phorxal 101, Protylin 427, Triferrin 102, Wasser von Val-Sinestra 473; Levico bei Ankylostomiasis-Anaemie 243.

Anaesthesie, Narkose, moderne Aethernarkose 197, Aethernarkose in Verbindung mit Morphium-Scopolamininjectionen 198, Aethertropf-

narkose 195, 388, Aether-Chloroformnarkose 388, Neuerungen für die Chloroformnarkose 292, Frühnarkose 386, Musik und Narkose 385, Handfessel für Narkosen 293; Anaesthesin 293, Acoin als locales Anaestheticum 194, Acoin-Cocain in der Augenpraxis 193, Gefahr des Adrenalin 195.

Anaesthesin extern und intern als Anaestheticum 293, bei Kehlkopftuberculose 81, Erysipel 162, Seekrankheit 412.

Anaphrodisiacum, Heroin als 277.

Aneurysma und Unfall 474, der Arter. femoralis nach Unfall 475, tödtliche Magenblutung infolge eines miliaren A. einer Magenschleimhautarterie 478, Gelatineinjection bei A. 479.

Angina und Thyreoiditis 223; Argent. colloid. bei A. 171.

Ankylostomiasis, Filmaron bei 18, Levico bei 243.

Anthrasol bei Hautleiden 159, 528.

Antipyrin geg. Galaktorrhoe 92; billige Verordnung von 94.

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Lysoform 49, Lygosin-Chinin 145, Sanoform 50, 390, Collargoltabletten 391, erster Verband auf dem Schlachtfelde 525, aseptisches Nothverbandpäckchen 245, Asepsis des Katheterismus 146, 389, 390, Catgutsterilisation 246, Seifenspiritus zur Desinfection von Instrumenten 50, Saposilic zur Händedesinfection 245, Formaldehyddesinfection 524, Formalinlauge 145, Minutensterilisator 524.

Antistreptokokkenserum gegen Gelenkrheumatismus 224, 408, Puerperalfieber 271, 379, 453.

Antithyreoidserum gegen Basedow'sche Krankheit 2.

Antitussin gegen Pertussis 545.

Antityphusextract 330.

Aphthen, Anaesthesin bei 294.

Appendicitis u. Influenza 213.

Argent. colloid. gegen Erysipel 162, 551, Sepsis u. Pyaemie 171, 172, 378, 390, 454, 450; in Tabletten 391.

— nitric. gegen Gonorrhoe 447.

Arhovin bei Gonorrhoe und Cystitis 208.

Aristochin gegen Asthma 298, Pertussis 30, 546.

Arsen, Nebenwirkung des A. aufs Ohr 357.

Arteriosklerose, Thesen über 433, Jodsalze bei 340.

Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica et gonorrhoica 314.

— deformans, Jodipininjectionen bei 409.

— gonorrhoica u. Trauma 302, Fango bei 117, Jodipininjectionen 409.

— urica, Aspirin bei 297, Citarin 199, Ichthyolidin 1, Nafalan 279, Salzsäure 295.

Arzneiexantheme durch Aspirin 103, 297, Brom 102, Salipyrin 298.

Ascariden, Febris typhoides helminthica bei 18.

Aspirin bei Augenleiden 149, Arthritis urica 297, Tuberculose 177, gegen Schmerzen bei Carcinom 509, in der Frauenpraxis 383; Arzneiexantheme durch A. 103, 297, Intoxication 356.

Asthma, Aristochin gegen 298, Methylatropin. brom. 468, Pyrenol 55.

Atoxyl bei anaemischen Zuständen 244.

Atrophia nervi optici u. Tumor der Schädelbasis 45.

Atropin bei Morphiumvergiftung 538.

Augenentzündungen, eigenartige nach Gelenkrheumatismus 35, Iritis nach Bienenstich 393, ansteckender Bindehautkatarrh in einer Schule 103, Prophylaxe u. Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen 480, Sublamin als Desinfectionsmittel der Conjunctiva 104, Apparat zur Behandlung von Bindehauterkrankungen 202, Behandlung der granulösen A. mit Irrigation 392, Knapp'sche Rollzange bei Trachom 104, neues sterilisirbares Augentropfglas 480, Stab zum Einstreichen von Salben 149, Behandlung der Lidrandleiden 148, Einfluss der Alkoholverbände bei Panophthalmie 479, Eumydrin als Mydriaticum 200, Aspirin bei A. 149, Jodvasogen 104. Methylatropin. brom. 467, Thiosinamin 190.

Augentropfglas, neues sterilisirbares 480.

## B.

Bacteriurie, Helmitol bei 300.

Bäderbehandlung in der Geschlechtsperiode der Menarche 560.

Balanitis, Natr. sozojodolic. bei 88.

Balsam. peruvian. bei Wunden 526.

Banti'sche Krankheit, Fälle von 50—55.

Barlow'sche Krankheit, Haematurie als einziges Symptom der 482.

Basedow'sche Krankheit, Symptomatologie u. Therapie 2, specifische Behandlung 2, 3, mit sulfanilsaurem Natron und Rodagen 150, 394, Scopolamin 87, Sklerodermie nach B. 151.

Bauchmassage bei Herzkranken 334.

Bauchmuskelkrampf, hysterischer 306.

Benzin bei Lidrandleiden 148.

Bienenstich, Iritis nach 393.

Birkenblätterthee gegen Nephrolithiasis 401, Nephritis 421.

Blennorrhoea neonatorum s. Ophthalmoblennorrhoe.

Blepharitis, Benzin u. Wasserstoffsuperoxyd bei 148.

Blutungen post partum 267, Kussmaul'sche Tamponade bei profuser Menstruation 109, Adrenalin in der Gynaekologie 107, Stypticin in der gynaekologischen Praxis 152, Styptol 482, Stagnin 483, essentielle Nierenblutungen 4, Haematurie durch Rhabarbergenuss 59, Haematurie als einziges Symptom der Barlow'schen Krankheit 482, Helmitol bei B. der Blase 300, Stypticin in der urologischen Praxis 482, occulte B. bei Ulcus ventriculi 153, tödtliche Magenblutung in Folge miliaren Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie 478, Adrenalin bei Darmblutungen 6, bei Haemoptoe 438, Heftpflasterverband bei Haemoptoe 327, Nasenobturator gegen Nasenbluten 110, vicariirendes Nasenbluten 203, Stauungspapille nach Schädelcontusion 342, Haematotympanon traumaticum 4, eigenartige Verfahren der Blutstillung 435, Nebennierenextract bei inneren B. 345, Epinephrin. solut. 6, Lygosin-Chinin 145.

Borax, Intoxication durch 57.

Bornyval als Nervinum 236, 450.

Bothriocephalus latus im Kindesalter 305.

Bradycardie bei Diabetes 247.

Bromocoll in der dermatologischen Praxis 138.

Bromoderma ulcerosum 102.

Bromoform, Arzneiexanthem durch 102, Intoxication 57.

Bromwasser, Zusammensetzung des Erlenmeyer'schen 140.

Bronchitis, Campher bei 328, Citrophen 236, Creosotal 55, Euporphin 564, Pulmonarine 246, Pyrenol 55.

Bronchostenose u. respiratorische Verschiebung der Mediastinalorgane 56.

Brucin bei Morphinismus 25, 26.

Bubonen, Behandlung der B. nach Gonorrhoe und Ulcus molle 302.

## C.

Calorisator bei Sycosis 323.

Campher bei Tuberculose 328.

Carbunkel und Diabetes 7.

Carcinoma vaginae u. Pessarbehandlung 44, Aspirin bei C. uteri 384, Adrenalin bei C. uteri 107, Behandlung inoperabler Uteruscarcinome 507, Anaesthesin bei C. ventriculi, mammae, uteri 294, Prophylaxe des C. ventriculi 226, Lebercarcinom und Katzenegelerkrankung 505, Eosin bei C. cutis 278, Röntgenstrahlen gegen C. 183, 415, Thiosinamin 187, Aspirin gegen

Schmerzen bei C. 509, C. der Orbita und Sehnervenatrophie 45.

Carunkeln der Harnröhre, Adrenalin bei 108.

Castoreum-Bromid als Nervinum 234.

Cataracta congenita auf Grundlage angeborener Syphilis 505.

Catgut-Sterilisation 246.

Celluloid-Mullverband, Acetonvergiftung durch einen 57.

Cervixeinschnitte, üble Folgen der 267.

Chinin. lysoginat. als Antisepticum 145.

Chinosol als Zusatz bei Magenspülungen 140.

Chlorbaryum als Herzmittel 135.

Chloroform bei Ankylostomiasis 18.

Chloroformmaske mit Tropfflasche 292.

Chloroformnarkose 386—388.

Cholera infantum, Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik 542, mit Gallogen 216.

Chrysarobin bei Trichophytiasis capitis 41.

Cirrhosis hepatis, Theocin bei 134, C. und Venenpulse an den Vorderarmen 346.

Citarin bei Gicht 199.

Citrophen, Anwendung des 235, bei Pertussis 29.

Cocain. muriat. bei Fissura ani 205, in der Augenpraxis 193.

Collargol s. Argent. colloid.

Coma diabeticum nach Operationen 113.

Combustio, Cutin bei 110, Nafalan 279. Thigenol 465. Thiol. liq. 110, Xeroform. 111, 299.

Congelatio, Thigenol bei 465.

Congress für innere Medicin 231.

Conjunctivitis, ansteckende in der Schule 103, Apparat zur Behandlung der 202, Sublamin bei 104, Methylatropin. brom. 467. S. ferner „Trachom“ und „Ophthalmoblennorrhoe“.

Creosotal bei Bronchitis und Pneumonie 55.

Croup im Kindesalter 443.

Cutin bei Combustio 110.

Cylindrurie bei Erysipel 161.

Cypressenöl gegen Pertussis 364,

Cystitis, Arhovin bei 208, Gonorol 16, Gonosan 15. Helmitol 115, 300, 447, 448, Hetralin 115. 447, Jodoforminjectionen 300, Stypticin 482, Urotropin 115.

## D.

Dermatitis diabetica papillomatosa 7, nach Mesotan 130, 160. nach Borsalbe 187.

Diabète broncé 6.

Diabetes insipidus bei Ependymitis 8, subcutane Strychnininjectionen bei 8.

— mellitus u. Hautkrankheiten 6, u. Unfall 247, Coma nach Operationen 113, Bradycardie bei 247, Fall von D. u. Scorbut, Hafercuren bei D. 111, 249, Essentia antimellini 528.

Diatomea, ein Heizmittel für den Paquelin 280.

Digitalis-Dialysate bei Herzerkrankungen 419.

Dionin, Anwendung des 466.

Diphtherie, chronische 441. Beitrag zur Verbreitungsweise der 204, D. und Crouperkrankung im Kindesalter 443; Serumtherapie in der Praxis 204, örtliche Aetzungen bei 441, Anaesthesin 294.

Diuretin bei Stenocardie 172.

Doppelhörrohr 233.

Duralcolbinden 516.

Dysenterie, Gallogen bei 216.

Dysmenorrhoe, nasale 168; Valyl bei 354, Aspirin 384.

Dyspeptine bei Magenleiden 216. 361.

## E.

Eisenbahnkatarrh, Schnupftabak gegen 235.

Ekzem und Diabetes 7, durch Primeln 252, 423, nach Mesotangebrauch 160; Therapie des E. 249, des Lippenekzems 252, des Kopf- und Gesichtsekzems kleiner Kinder 529; Anthrasol gegen E. 159, 528, Empyroform 157, Fetronsalbe 394, Hefeseifen 524, Lichttherapie 262, Nafalan 279, Thigenol 87, 396, 465.

Elektrische sinusoidale Wechselstrombäder 422.

Elektromagnetische Therapie bei Ischias 64.

Emphysema cutis beim epileptischen Anfall 255.

— pulmonum, Campher bei 328.

Empyem s. Pleuritis.

Empyroform bei Hautleiden 157.

Endometritis, Adrenalin bei 108, Nebennierenpräparate 423, Stypticin 153, Thigenol 88, 116, Behandlung der gonorrhoischen E. 116, mit Wasserstoffsuperoxyd 489.

Entbindungslähmung 401.

Enuresis, Bornyval gegen 450.

Eosin bei Hautcarcinom, Lupus, Syphilis 278.

Ependymitis am Boden der Rautengrube u. Diabetes insipidus 8.

Epilepsie vom Standpunkt der Invalidenversicherung 118, Zerschlagenheit als epileptisches Aequivalent 253, Hautemphysem bei 255, Bornyval gegen 450.

Epinephrin. solut. zur Verhütung von Blutungen 6.

Epistaxis s. Blutungen.

Erbrechen, Tinct. Strychni gegen E. Schwangerer 376.

Erysipel u. Nephritis 399, Cylindrurie u. Albuminurie bei 161, neuere Behandlungsmethoden 162, Alkohol gegen E. 257, Collargol 550, Ichthyol 257, Ichthyolvasogen 190, rothes Licht 256, Unguent. colloid. 162, 171.

Essentia antimellini gegen Diabetes 528.

Ester-Dermasan bei Para- und Perimetritis 406.

Euguformum solubile 283.

Eumydrin als Mydriaticum 206.

Euporphin als Expectorans 563.

Exodin gegen Obstipation 311, 496.

Extract aus Eisenmoor, Eichenlohe u. Fichtennadeln 37.

— Belladonnae bei Fissura ani 205.

## F.

Fäces, occultes Blut in den F. bei Ulcus ventriculi 153.

Fango bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen 117.

Favus, Thigenol bei 88.

Febris typhoides helminthica 18, hysterica 124, Aspirin bei F. Tuberculöser 177, Phthisopyrin 178.

Ferrozon bei Anaemie 473.

Fetronsalbe 394.

Fibromyom, in der Decidua eingebettet 44.

Filmaron bei Ankylostomiasis 18.

Fissura ani, Cocain, Extr. Bellad. u. Ichthyol bei 205.

Fluor albus, Thigenol bei 88, 116, Wasserstoffsuperoxyd 302.

Fluorescirende Stoffe, therapeutische Versuche mit 278.

Formaldehyddesinfection 524.

Formalin bei Diabetes 526.

Formalinlampe „Hygiea“ 145.

Fracturae ossium, Massage bei frischen 12, Neues über F. der unt. Extremitäten 162, Fersenbeinbrüche 164, Bruch eines Unterschenkels durch Tabes 349.

Fremdkörper im Auge 467, in den Bronchien 446, in Harnröhre und Blase 445.

Fucol bei Rhachitis u. Scrophulose 283.

Furunkel u. Diabetes 7, Behandlung der Ohrfurunculose 483, 530, unblutige Behandlung der F. 533, Argent. colloid. bei F. 171, Hefeseifen 524, Thigenol 87, 88, 465.

## G.

Galaktorrhoe, Antipyrin bei 92.

Gallogen bei Darmkrankheiten 216.

Galvanotherapie beim Menière'schen Symptomencomplex 86.

Gangraena cutis durch Adrenalin 195, multiple bei Hysterie 210.

— diabetica 6, 7.

— der Genitalien, Wasserstoffsuperoxyd bei 325.

Gastrosuccorrhoe, Scopolamin bei 86.

Gaumentonsillen, Amputation hypertrophischer G. 518.

Gelatineinjectionen bei einem Aneurysma 479.

Gelenkerkrankungen bei hereditärer Lues 38, 40.

Gelenkneurosen, traumatische 450.

Gewerbekrankheiten 486, 488.

Glasmacher, Gewerbedermatose der 488.

Gleitmittel für Katheter 390.

Glockenocclusivpessar 138.

Glykosol gegen Rheumatismus 128.

Gonorol bei Gonorrhoe 16.

Gonorrhoe u. Unfruchtbarkeit in der Ehe 17, G. gleichzeitig mit acutem Gelenkrheumatismus 315, Arthritis gonorrhoica u. Trauma 302, Arthritis cricoarytaenoidea 314, Fangocuren bei Gelenkerkrankungen 117, Bier'sche Stauung dabei 469, Behandlung der Bubonen 302, Thigenol bei weiblicher G. 88, Wasserstoff-Superoxyd bei Fluor 302 u. Endometritis gonorrhoica 489, Behandlung gonorrhoischer Adnextumoren 325, Behandlung der acuten G. 446, der chronischen G. 114, Albargin bei G. 117, 447, Argent. nitr. 447, Arhovin 208, Gonorol 16, Gonosan 15, 16, 208, 535, Hefe 206, 207, Helmitol 447, 448, Heroin 277, 278, Hetralin 114, 447, Ichthargan 303, Kal. permang. 447, Protargol 447, Urosanol 16; Misserfolge bei der Gonorrhoebehandlung 490; Stomatitis gonorrhoica 536.

Gonosan bei Gonorrhoe 15, 16, 205, 535.

Guajacol bei Blasentuberculose 556.

Guajasanol bei Tuberculose 42.

Gummihandschuhe bei der Placentarlösung 375.

## H.

Haematocele, Behandlung der 72.

Haematotympanon traumaticum 4.

Haematurie nach Rhabarbergenuss 59, bei Barlow'scher Krankheit 482.

Haemorrhoiden, neue Operationsmethode 208, Nafalan 279.

Hafercuren bei Diabetes 111, 249.

Handfessel für Narkosen 293.

Heberdrainage bei Empyem 312.

Hedonal bei Agrypnie 241.

Hefe bei Furunculose 533, Gonorrhoe 206, 207.

Hefeseifen 524.

Heftpflasterverband bei Haemoptoe 327, Wanderniere 230.

Heissluftbehandlung bei Sycosis 323, Primäraffect 455.

Helminthiasis, Febris typhoides helminthica 18, Behandlung der Ankylostomiasis 18, der Anaemie bei Ankylostomiasis 243, schwere Anaemie durch Taenia solium 101, mehrfaches Vorkommen der Taenia saginata 303, Taenia cucumerina bei Säuglingen 304, Bothriocephalus latus b. Kindern 305, Extract aus Kürbiskernen bei H. 306.

Helmitol bei Cystitis 114, 300, 447, 448.

Hemicranie, Trigemin bei 261, Methylatropin. bromat. 468.

Heroin als Anaphrodisiacum 277, bei Neurasthenia sexualis 427.

Herpes maculosus squamosus 19, 166, H. gestationis 20, H. infolge einer Ohrfeige 167. H. an der Ohrmuschel mit Lähmung des N. acusticus und facialis 449, Salicylschwefelpaste bei H. tonsurans 251.

Herzuntersuchung 425.

Hetol bei Phthise 326, 380, 557.

Hetralin bei Gonorrhoe 447.

Hoden, Lageveränderung des 428.

Hörrohr, Verbesserung des 564.

Hydrarg. benz. bei Bubonen 302.

— chlorat. bei Syphilis 553.

— sublim. rubr. bei Pediculosis 252.

Hydrochinon bei Neuralgieen 450.

Hydrops intermittens 130.

Hygiea, Formalinlampe 145.

Hyperidrosis u. Pruritus ani 23, Methylatropin. brom. bei 468, Nafalan 279, Tannoform 23.

Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung 118, Unfall-H. nach Schenkelhalsbruch 350, Dämmerzustände u. Vorbeireden bei H. 309; H. u. Bauchmuskelkrampf 306, u. Fieber 124, u. multiple Hautgangraen 210, u. Oedem 353, u. Ohrerscheinungen 354, u. Skoliose 351, u. Tympanismus 212; Bornyval bei H. 450, Castoreum-Bromid 234, Valyl 354.

## I.

Ichthargan bei Gonorrhoe 303, Ulcus molle 464.

Ichthyol bei Erysipel 257, Fissura ani 205, Lippenekzem 252.

Ichthyolidin bei Arthritis urica 1.

Ichthyolsalicyl-Dermosapol bei Pleuritis 314.

Ichthyolvasogen, Anwendung des 190.

Icterus in der Gravidität 71.

Impetigo faciei, Thigenol bei 88.

Impotentia, Yohimbin bei 355.

Influenza u. Appendicitis 213, Argent. colloid. bei 171.

Infusion, Technik der 335.

Injectionen, Gefahren intrauteriner 517.

Insectenstiche, Carbolvaseline bei 257, Iritis nach Bienenstich 393.

Intertrigo, Nafalan bei 279.

Intoxicationen mit Aceton 57, Arsen 357, Aspirin 356, Atropin 538, Borax 57, Bromoform 57, Kartoffelsalat 215, Kohlenoxyd 357, Lysoform 537, Lysol 23, 24, 537, Migraenin 355, Morphium 538, Oxalsäure 59, Petroleum 214, Phosphor 58, Pyramidon 356, Salipyrin 215, 358, Senfkörner 356, Strophanthus 538.

Iritis nach Bienenstich 393; Eumydrin bei 201, Thiosinamin 190.

Ischias, elektromagnetische Therapie 64, Ichthyolvasogen 190, Trigemin 261.

Isopral, Agrypnie 337, 338.

## J.

Jodferratose bei Syphilis und Scrophulose 174, 552.

Jodipin bei rheumatischen Gelenksentzündungen 409, Syphilis 553.

Jodkalidermosapol bei Pleuritis 313.

Jodklysmen bei Syphilis 40.

Jodoform bei ammoniakalischer Cystitis 300, Blasentuberculose 556, Lungentuberculose 511.

Jodvasogen, Anwendung des 190, bei Geschwüren der Cornea 104, bei Lymphdrüsenschwellungen der Kinder 558.

## K.

Kal. chloric.-Zahnpaste bei Syphilis 551, 553.

Kal. permang. b. Gonorrhoe 447.

Kartoffelsalat, Massenvergiftung durch 215.

Katheterismus, Asepsis des 146, 388, 389, Camphersäure gegen Katheterfieber 237.

Katheterpurin als Gleitmasse 147, 390.

Katzenegelerkrankung u. Lebercarcinom 505.

Kauterisation, contactlose, bei Ulcus durum 172.

Kefir, Bereitung des 281.

Keratitis, Methylatropin. brom. bei 467, Thiosinamin 190.

Keratosis palmaris arteficialis 486.

Kieferhöhleneiterung, Trochlearislähmung bei 67.

Klimacterium, Stypticin bei Blutungen im 153.

Klumpfuss, Behandlung des 565.

Kohlenoxydvergiftung durch einen Badeofen 357.

Kürbiskerne, Extract daraus zur Bandwurmcur 306.

Kufekemehl, Erfahrungen mit 63.

## L.

Lactagol zur Anregung der Milchsecretion 323, 376.

Laryngitis und Nasenathmung 46, durch Kunstdüngerstaub 398, Anaesthesin bei L. tuberculosa 294.

Leberlappen, Beweglichkeit des abgeschnürten rechten 82.

Lenigallol bei Ekzem 529.

Levico bei Ankylostomiasis-Anaemie 243.

Lichen, Anthrasol bei 159, Bromocoll 138, 139, Euguform 283.

Lichttherapie bei Erysipel 256, Neuralgieen, Ekzem, Ulcus cruris 262, Variola 423.

Lipomatose, multiple symmetrische 228, zur Aetiologie der 418.

Liquor Alumin. acet., Haltbarmachung des 562.

— Burowii bei Erysipel 162.

— Sanguinalis „Krewel“ bei Anaemieen 473.

Lumbalpunction b. Uraemie 399.

Lupus, Acid. hydrochloric. bei 61, Eosin 278, Pyrogallussäure 59, Thiosinamin 187,

Luxation des N. ulnaris 8, isolirte der Ulna nach hinten 165, einseitige Halswirbelgelenksluxation 348.

Lysogin-Chinin s. Chinin.

Lymphangitis, Alkoholverbände bei 427, Nafalan 279.

Lysoform als Desinfectionsmittel 49, Intoxication mit 537.

Lysol, Intoxication mit 23, 24, 537.

## M.

Magen- und Darmkatarrhe. Colloidales Wismuthoxyd bei 62, Dyspeptine 216, 361, Gallogen 216, Kufekemehl 63, Pegninmilch 358, Pepsin bei Verdauungsstörungen im Säuglingsalter 359, Magenspülungen bei Säuglingen 539, Behandlung der Cholera infantum 542.

Magensaft, natürlicher, als Therapeuticum 216.

Magenspülungen bei Säuglingen 539, Chinosol bei 140.

Massage bei frischen Knochenbrüchen 12, traumatischen Gelenkneurosen 451, über dem geblähten Magen 422, des Bauches bei Herzkranken 334.

Mastitis, Argent. colloid. bei 171.

Mastix bei Ulcus cruris 463.

Menarche, Bäderbehandlung während der 560.

Menière'scher Symptomencomplex, Galvanotherapie bei 86.

Menstruationsanomalieen, Kussmaul'sche Tamponade bei profuser Menstruation 109, Stypticin dabei 152, vicariirendes Nasenbluten 203, nasale Dysmenorrhoe 168.

Menthol bei Kehlkopftuberculose 81.

Mesotan bei Rheumatismen 36, 129, 315—317, 452, 453, bei Erysipel 162, Dermatitis durch 130, 160.

Meteorismus, Physostigmin bei 47.

Methylatropin., brom., Anwendung des 467, 567.

Metritis, Thigenol bei 88.

Migraenin, Intoxication mit 355.

Milchdrüsen, lange anhaltende Function der 92, Anregung der Secretion der M. durch Lactagol 323, 376.

Miliartuberculose nach Abort 79.

Minutensterilisator 524.

Modefehler in der Kleinkinderpflege 91.

Morbilli, Argent. colloid. bei 171.

Morphinismus, Brucin bei 25, 26.

Morphium bei Atropinvergiftung 539, bei Herzkranken 566, mit Scopolamin bei der Aethernarkose 198.

Mundspatel, portativer, elektrisch beleuchteter 48.

Musik und Narkose 385.

## N.

Nährklystiere, gebrauchsfertige 236.

Nährstoff „Heyden“ 236.

Nafalan in der landärztlichen Praxis 279.

Nagelhalter für Unguis incarnatus 82.

Narben, Thiosinamin bei 187.

Nasenathmung, Schutz- u. Heilwirkung der 47.

Nasenobturator bei Nasenbluten 110.

Nasenrachenspülapparat 278.

Nasenspeculum, neues 234.

Natr. bicarbonic. bei Erbrechen Schwangerer 376.

— phenylpropiolsaures, gegen Tuberculose 461, 462.

— salicyl., intravenös bei Rheumatismen 410.

— sozojodolic. bei äusseren Genitalerkrankungen 88.

— sulfanil. bei Basedow'scher Krankheit 150.

Nebennierenextract bei inneren Blutungen 345, in der Gynaekologie 423, Urticaria nach 184.

Nephritis, posttraumatisch 258, u. Erysipel 399, Diagnose chronischer 125, Fehlen von Cylindern bei 126, Wesen u. Behandlung der Schrumpfniere 217, Urotropin als Prophylacticum bei Scharlach 127, Eis bei acuter N. 221, Theocin 400, Birkenblätterthee 421, Heftpflasterverband bei chronischer 231.

Nephrolithiasis und Unfall 26. Birkenblätterthee bei 401.

Neugeborene s. Säuglinge.

Neuralgieen, Apparat „Triplex“ bei 335, elektromagnetische Therapie 64, Lichttherapie 262, Citrophen 236, Glycosal 128, Hydrochinon 450, Mesotan 36, Salicylvasogen 127, Trigemin 64, 260.

Neurasthenie, Bornyval bei 450, Heroin 427, Valyl 324.

Neurosen, Valyl bei N. des Herzens 324, Pegninmilch bei N. des Magens 359, traumatische Gelenkneurosen 450, Bornyval dabei 450.

Nothverbandpäckchen 245.

## O.

Obstipatio, Exodin bei 311, 496, Phenolphthalein 311, Purgatin 64, 494, Thiosinamin 189, ideales Abführmittel 65, Reizung des Darmes mittels Katheters 170, Apparat für Stuhlzäpfchen 170.

Obturator gegen Epistaxis 110.

Oculomotoriuslähmung, recidivirende 65.

Oedem, hysterisches 353, urticarielles 185.

Ohr, Nebenwirkung von Arzneimitteln auf das 353, Behandlung der Furunculose des 483, 530.

Ohrspeculum mit stellbarer Lupe 85.

Oleum Arachidis als Suspensionsmittel 86.

Oleum Gossypii, Anwendg. d. 85.

Oleum ped. tauri zur Lösung von Jod 86.

— Rusci bei Ekzem 251.

Oophoritis, Ester-Dermasan bei 406, Thigenol 88.

Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, Prophylaxe u. Therapie d. 480, Sublamin bei 104.

Osteomyelitis des Oberschenkels oder Actinomykosis? 290, Argent. colloid. bei 171.

Otitis externa ulcerosa 497, Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit Carbolglycerin 499, Thigenol bei 312.

Oxalsäure, Intoxication durch 59.

Oxaphor bei Pertussis 29.

## P.

Panaritien, Behandlung der 262, mit Alkoholverbänden 427.

Paralysen bei Basedow'scher Krankheit 2, 3, des N. acusticus u. facialis bei Herpes der Ohrmuschel 449, recidivirende Oculomotoriuslähmung 65, Trochlearislähmung bei Kieferhöhleneiterung 67, multiple Hirnnervenlähmung mit Betheiligung des Acusticus 361, Entbindungslähmung 405, Schwangerschaftslähmung 370, 401, Apparat „Triplex“ bei 335.

Paronychie und Diabetes 7.

Parotitis secundaria bei Pneumonie 223.

Pebeco 551.

Pediculosis und Diabetes 7, Behandlung der 28, mit Acet. Sabadillae 252, rother Salbe 252.

Pegninmilch bei Magenaffectionen 358.

Pemphigus, Thigenol bei 88.

Pepsin bei Verdauungsstörungen im Säuglingsalter 359.

Percussionshammer mit Dermatograph 237.

Percutilan als Salbengrundlage 328.

Peri- und Parametritis u. Unfall 406, Ester-Dermasan bei 406, Ichthyolvasogen 190, Stypticin 152, Thigenol 88.

Perityphlitis, Jodvasogen bei 191. S. auch Appendicitis.

Perniones, Alkoholverbände bei 408.

Pertussis, Antitussin 545, Aristochin 30, 545, Citrophen 29, Cypressenöl 364, Lampe „Hygiea“ 145, Oxaphor 29, Solvin 364.

Pessar, neues 138.

Petroleumvergiftung 214.

Pharyngitis u. Nasenathmung 46.

Phenolphthalein bei Obstipatio 311.

Phimosis, unblutige Behandlung der 365.

Phlegmone nach subcutanen Injectionen einer Cocain-Adrenalinlösung 439, Argent. colloid. bei 171, Lygosin-Chinin 145.

Phorxal bei Anaemie 101.

Phosphaturie, Hetralin bei 448.

Phosphor, Tetanie nach Intoxication mit 58.

Phthisopyrin bei Fieber Tuberculöser 178.

Physostigmin b. Meteorismus 47.

Pityriasis capitis, Anthrasol bei 159, Salicylvaseline 252, Ol. Gossypii 85.

— rosea, Salicylschwefelpaste bei 251.

— versicolor 264.

Placentarlösung, Gummihandschuhe zur 375.

Pleuritis pulsans 221, Argent. colloid. bei 171, Aspirin 178, Bülau'sche Heberdrainage 312, Citrophen 236, Jodkalidermosapol 313, Jodvasogen 191.

Pneumin bei Tuberculose 326.

Pneumonie, epidemische 222, Parotitis bei 223. Argent. colloid. bei 171, Chlorbaryum 136, Creosotal 56.

Polypen des Larynx u. Lungentuberculose 42.

Praevalidin bei Tuberculose 328.

Primeln, Ekzem durch 252, 423.

Prostatahypertrophie. Sondenbehandlung der 546.

Protargol bei Gonorrhoe 447, Ulcus cruris 230.

Proteus vulgaris im Kartoffelsalat 215.

Protylin und dessen Eisen- und Bromcombinationen 427, bei Rhachitis 518. Scrophulose und Tuberculose 517.

Prurigo, Bromocoll bei 138, Euguform 283, Thigenol 397, 465.

Pruritus ani und Hyperidrosis 23, Adrenalin bei 424, Anthrasol 159, Euguform 283, Bromocoll 138.

— cutaneus und Diabetes 7, Anaesthesin bei 294, Anthra-

sol 159, 529, Bromocoll 138, Thigenol 88.

Pruritus vulvae, Adrenalin bei 108, 424, Bromocoll 138, Thigenol 465.

Psoriasis, Behandlung durch den prakt. Arzt 500, Anthrasol bei 159, Empyroform 158, Nafalan 279, Thigenol 88.

Psychosen bei Abdominaltyphus 132, Tabes 272.

Puerperalfieber, Blutuntersuchungen bei 134, Prophylaxe u. Therapie des 76, Antistreptokokkenserum 271, 379, 453, Collargol 171, 454, 550.

Pulmonarine bei Bronchitis 246.

Pulpitis, Trigemin bei 64.

Pulverbläser, verbunden mit Zungenspatel 284.

Purgatin bei Wöchnerinnen 64, 494.

Pyaemie s. Sepsis.

Pyelitis, idiopathische acute der Schwangeren 318, Hetralin bei 448.

Pylorusstenose, Thiosinamin bei 383.

Pyramidon, Nebenerscheinungen von 356.

Pyrenol bei Asthma und Bronchitis 55.

Pyrol 93.

## R.

Rachencurette, Modification der Beckmann'schen 336.

Renoform. solut. in der Gynaekologie 425.

Resorcin bei Gonorrhoe 447.

Retroflexio uteri u. Unfall 32, Behandlungsmethoden der 30, Stypticin bei 152.

Rhachitis, Fucol bei 283, Protylin 518.

Rheolkugeln bei weiblicher Gonorrhoe 207.

Rheumasan bei Rheumatismen 129, 555.

Rheumatin bei Rheumatismen 36, 316.

Rheumatismen. Gelenkrheumatismus nach Verletzungen 33, 412, acuter polyarticulärer Rheumatismus mit Gonorrhoe 315, Arthritis cricoarytaenoidea 314, eigenartige Augenentzündung nach Gelenkrheumatismus 35, Angina rheumatica und Thyreoiditis 223, Salicyltherapie und Nieren 315; Antistreptokokkenserum bei 224, 408, Apparat „Triplex" 335, Citrophen 235, Extract aus Eisenmoor, Eichenlohe und Fichtennadeln 37, Glycosal 128, Ichthyolvasogen 190, Jodipininjectionen 409, Mesotan 36, 129, 316 317, 452, 453, Nafalan 279, Rheumasan 129, 555, Rheumatin 36, 316, Salit 451, Salicylvasogen 127, intravenöse Salicyltherapie 409, Thigenol 465.

Rhodannatrium bei Cephalalgia luetica 324.

Rodagen bei Basedow'scher Krankheit 2, 150, 394.

Röntgenstrahlen bei Carcinomen 183, 415, zur Aufdeckung eines Betrugsfalles 231.

Rollzange bei Trachom 104.

## S.

Säuglinge, Pflege u. Ernährung Frühgeborener 89, Modefehler in der Pflege 91, Todesursachen Neugeborener 139, Behandlung des Scheintodes Neugeborener 187, Behandlung der Schädelimpressionen 93.

Salicylhefeseife bei Akne 524.

Salicylpaste bei Ekzem 251.

Salicyltherapie u. Nieren 315.

Salicylvasogen bei Rheumatismen und Neuralgieen 127.

Salipyrin, billige Verordnung von 94, Arzneiexanthem durch 298, Intoxication durch 215, 358.

Salit bei Rheumatismen 451.

Sanatogen bei Typhus 382.

Sanoform als Ersatzmittel des Jodoforms 50, 390.

Sanosin bei Tuberculose 179, 379.

Saposilic zur Händedesinfection 245.

Sauerstoff beim Scheintod Neugeborener 187.

Scabies, wichtige Momente bei der Behandlung der 67, Fetron bei 396, Thigenol 397.

Scarlatina und toxische Exantheme 69, bösartige Epidemie 69, nach Trauma 317, Argent. colloid. bei 171, Urotropin prophylaktisch geg. Nephritis 127, Lumbalpunction bei Uraemie 399.

Schädelcontusion u. Stauungspapille 342.

Schädelimpressionen bei Neugeborenen, Behandlung der 93.

Schnupftabak gegen Eisenbahnkatarrh 235.

Schrotschüsse u. Tetanus 412.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Herpes gestationis 20, mit den Eihäuten ausgestossenes Fibromyom 44, Purgatin bei Wöchnerinnen 64, 494, Graviditätsicterus 71, Behandlung der Haematocelen 72, der Blutungen post partum 267, des Aborts 320, 366, Prophylaxe u. Therapie des Puerperalfiebers 67, Behandlung mit Collargol 171, mit Antistreptokokkenserum 271, Miliartuberculose nach Abort 79, Schwangerschaft und Tuberculose 276, Stypticin bei Blutungen 152, Vagitus uterinus 264, idiopathische acuta Pyelitis bei Schwangern 318, Erbrechen Schwangerer 376, üble Folgen tiefer Cervixeinschnitte 267, centrale Schwangerschaftslähmungen der Mütter 370, 401, Entbindungslähmung 401, Gummihandschuhe zur Placentarlösung 375, Steigerung der Milchsecretion 323, 376.

Sclerodermie nach Basedow'scher Krankheit 151.
Scoliosis hysterica 351.
Scopolamin. hydrobromic., Anwendung 465.
— bei Gastrosuccorrhoe 86, bei der Aethernarkose 198.
Scorbut mit Diabetes mellitus 526.
Scrophulose, Creosotal bei 56, Fucol 283, Jodferratose 174, Protylin 517, Thiocol 275.
Seborrhoe, Anthrasol 159, Fetron 396, Thigenol 397.
Seekrankheit, Anaesthesin bei 412, Validol 549.
Senf, Vergiftung mit 356.
Sepsis, Pyaemie, Bluntuntersuchungen bei 134, Fall von Staphylokokkensepsis 377; Collargol bei 171, 172, 378, 454, 550, Antistreptokokkenserum 271, 379, 453.
Sirolin bei Scrophulose u. Tuberculose 275.
Solvin bei Pertussis 364.
Soor, Anaesthesin bei 294.
Sphincter vesicae, Krampf des S. infolge Einnehmens von Opiaten 91.
Spiritusbehandlung, Modification der 137.
Spiritus saponat. zur Desinficirung von Instrumenten 50.
Stagnin bei Blutungen 483.
Staphylokokkensepsis, Fall von 377.
Stauung, Bier'sche 468.
Stauungspapille bei Schädelcontusion 342.
Stenocardie, Theocin bei 172.
Sterilität der Ehe u. Gonorrhoe des Mannes 17.
Stethoskop, Verbesserung des 470.
Stirnrunzeln, Therapie des 45.
Stomatitis gonorrhoica 536, Anaesthesin bei 294, Methylatropin. brom. 468, Wasserstoffsuperoxyd 325.
Strom, constanter, u. Expectoration 515.
Strophanthus, zur Kenntnis der Wirkung des 538.
Strophulus infantum, Bromocoll bei 138, Euguform 283.
Strumitis typhosa 132.
Strychnin bei Diabetes insipidus u. Polyurie 8.
Stypticin in d. gynaekologischen Praxis 152, in der urologischen 482.
Styptol bei Blutungen 482.
Sublamin als Desinfectionsmittel der Conjunctiva 104.
Sulfur. praecip. als Abführmittel 65.
— sublim. bei Ekzem 251, Pediculosis 252.
Suprarenin. hydrochloric. in der Gynaekologie 425.
Sycosis vulgaris u. Diabetes 7, Heissluftbehandlung bei S. 323.
Synovitis u. Hydrops intermittens 130.
Syphilis u. Diabetes 7, S. der Vagina und Vaginalportion 457, 501, der Nieren 38, Thrombophlebitis u. S. 325, hereditäre Spätsyphilis 39, Gelenkerkrankungen bei he-

reditärer S. 38, S. hereditaria u. Tabes juvenilis 272, Tabes incipiens u. S. cerebrospinalis 175, Cataracta congenita durch S. 505, contactlose Kauterisation beim Primäraffect 172, Heissluftkauterisation 455, einige neuere Antisyphilitica 552, Calomelinjectionen bei S. 553, Jodklysmen 40, Jodferratose 174, Rhodannatrium 324, Wasserstoffsuperoxyd 324, Kal. chloric.-Zahnpaste 551, Eosin bei S. der Haut 278, Gallogen bei Darmsyphilis 216.

## T.

Tabes incipiens u. Syphilis cerebrospinal. 175, T. juvenilis u. Lues hereditaria 272, T. u. Schwangerschaft u. Geburt 401, Psychosen bei 272, Knochenbruch infolge 349.

Taenia saginata, mehrfaches Vorkommen von 303.

— cucumerina bei Säuglingen 304.

— solium, schwere Anaemie durch 101.

Tamponade, Kussmaul'sche, bei profuser Menstruation 109.

Tannoform bei Hyperidrosis 23.

Tetanie nach Phosphorvergiftung 58.

Tetanus u. Schrotschüsse 412, drei Fälle von 414.

Theocin bei Vitia cordis 134, 334, 401, 420, Stenocardie 172, Nephritis 400, Lebercirrhose 134.

Thieucalyptol bei Tuberculose 379.

Thigenol 465, bei Frauenleiden 88, Hautleiden 87, 396, Ohrenleiden 312.

Thiocol bei Tuberculose 178, 275.

Thiol bei Combustio 110.

Thiosinamin 187, bei Pylorusstenose 383, 568, narbigen Magenveränderungen 421.

Thoraxgürtel b. Brustaffectionen 93.

Thrombophlebitis bei Syphilis 325.

Thymol bei Ankylostomiasis 18.

Thyreoiditis acuta bei Angina 223.

Tinct. Jodi bei Ulcus molle 464.

— Strychni bei Erbrechen Schwangerer 376.

Tonsillotom, verbessertes 464.

Trachom, Sublamin bei 104, die Rollzange 104.

Traumen und Arthritis gonorrhoica 302, Aneurysmen 474, 475, Diabetes 247, Gelenkrheumatismen 33, 412, Haematotympanon 4, Hysterie 350, acute Miliartuberculose 459, Nephritis 258, Nephrolithiasis 27, Parametritis 406, Phthisis 273, Retroflexio uteri 32, Scarlatina 317, Scoliosis hysterica 351.

Trichophytiasis capitis, Chrysarobin bei 41.

Triferrin bei Anaemie 102.



Trigemin bei Neuralgieen 64, 261.

Trigeminusneuralgie, Trigemin bei 64, 261.

Triplex, Thermophor-Massage-Apparat 335.

Trochlearislähmung bei Kieferhöhleneiterung 67.

Tuberculose, Entstehungsweise der 514, Infection im Säuglingsalter 328, Rinder- und Menschen-Tuberculose 329, chronische Lymphdrüsenintumescenzen u. T. 557, T. und Schwangerschaft 276, Miliartuberculose nach Abort 79, Miliartuberculose u. Fingerverletzung 459, traumatische Lungentuberculose 273, Larynxpolyp u. Lungentuberculose 42, phenylpropiolsaures Natron bei Kehlkopf- u. Lungentuberculose 461, 462, Anaesthesirung der oberen Luftwege 81, Anaesthesin bei T. 294, Creosotal 56, Campher 328, Dyspeptine 217, Guajasanol 42, Hetol 326, 380, Pneumin 326, Protylin 517, Rheumasan 555, Sanosin 179, 379, Thiocol 178, 275, Tapotement 179, Zimmtsäurebehandlung der Lungentuberculose 557, intrapulmonäre Injectionen von Jodoformglycerin dabei 511, Bier'sche Stauung bei Gelenktuberculose 468, Aspirin beim Fieber Tuberculöser 177, Phthisopyrin dabei 178, Jodvasogen bei Hautgeschwüren 191, akneartige Hauttuberculose 512, Rückenmarkstuberkel 462, primäre Gaumentonsillen- u. Darmtuberculose 274, Gallogen bei Darmtuberculose 216, Therapie der Blasentuberculose 556, der Hodentuberculose 516.

Tumoren der Hypophysis 181, cerebrale Atrophie des Sehnerven bei Tumor der Schädelbasis 45, Aetiologie der Lipomatosis 418, multiple symmetrische Lipomatose 228, Larynxpolyp u. Lungentuberculose 42, Fibromyom, in die Decidua eingebettet 44, Aetiologie des Carcinoma vaginae 44, Adrenalin bei Carcinoma uteri 107, Aspirin gegen Schmerzen bei Carcinomen 509, Behandlung inoperabler Uteruscarcinome 507, Carcinoma mammae geheilt durch Röntgenstrahlen 183, Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen 415, Prophylaxe des Magenkrebses 226, Leberkrebs u. Katzenegelkrankheit 505.

Tyloma palmare et plantare, Euguform bei 283.

Tympanismus, hysterischer 212.

Typhus abdomin., neuere Methoden der Diagnostik 133, Typhusbacillen in Faeces u. Harn 381, Psychosen bei 132, Strumitis 132, Behandlung des 330, mit Antityphusextract 330, Sanatogen bei 382, Adrenalin gegen Darmblutungen 6.

## U.

Ulcus corneae, Jodvasogen bei 104, Methylatropin. brom. 467, Thiosinamin 190.
— cruris u. Diabetes 7, ambulante Behandlungsmethode v. Bergmann's 462, Jodvasogen bei 191, Lichttherapie 262, Lygosin-Chinin 145, Nafalan 279, Protargol 230, Sanoform 391, Thigenol 465.
Ulcus durum s. Syphilis.
— molle u. Diabetes 7, der Vagina 458, Behandlung des U. 558, mit Ichthargan 464, Natr. sozojod. 89, Sanoform 391, Tinct. Jodi 464, Xeroform 463, 464, Behandlung der Bubonen 302.
Ulcus ventriculi u. occultes Blut in den Faeces 153, Anaesthesin bei 294, Pegninmilch 359.
Unguis incarnatus, Nagelextractor für 82.
Uraemie, Lumbalpunction bei 399.
Urosanol bei Gonorrhoe 16.
Urotropin bei gonorrhoischer Cystitis 114, prophylaktisch bei Scarlatina 127.
Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract 184, Bromocoll bei 138, urticarielles Oedem 185.

## V.

Vaccination, Impfpusteln an den Ohren 94.
Vagitus uterinus, Entstehung des 264.
Validol bei Seekrankheit 549.
Val-Sinestra, das Wasser von 473.
Valyl bei Hysterie u. Neurasthenie 354.
Variola u. rothes Licht 423.
Venenpulse au den Vorderarmen bei Lebercirrhose 346.
Veronal bei Agrypnie 97—99, 242, 243, 521, 522.
Vitia cordis, Theocin bei 134, 334, 401, 420, Chlorbaryum 135, Digitalis-Dialysate 419, Bauchmassage 334.
Vulvovaginitis, Ichthyolvasogen bei 190, Nebennierenpräparate 424.

## W.

Wanderniere, Heftpflasterverband bei 230.
Wasserstoffsuperoxyd bei Lidrandleiden 148, Fluor 302, Endometritis gonorrhoica 489, Syphilis 324.
Wechselstrombäder, elektrische sinusoidale 422.
Wismuthoxyd, colloidales, als Darmadstringens 62.
Wunden, offene Behandlung 279, Anaesthesin b. 293, Lygosin-Chinin 145, Sanoform 390.

## X.

Xanthoma diabeticum 6.

Xeroform bei Combustio 111, 299, Ulcus molle 463, 464.

## Y.

Yohimbin bei Impotenz 355.

## Z.

Zahnschmerzen, Methylatropin. brom. bei 467, Trigemin. bei 64, 261.

Zerschlagenheit als epileptisches Aequivalent 253.

Zinkölpaste bei Ekzem 250.

Zinc. chlorat. bei Diphtherie 441.

Zinc. oxydat. bei Ekzem 251, 252.

— sulf. bei Ekzem 250.

Zungenspatel, verbunden mit Pulverbläser 284, selbstleuchtender 564.

Zymin in der Gynaekologie 206.

---

# Bücherschau.

Behla, Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses 142.

Bethe, Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems 286.

Bornträger, Diaetvorschriften für Gesunde und Kranke 429.

Braun, Therapie der Herzkrankheiten 96.

Bum, Lexicon der physicalischen Therapie, Diaetetik und Krankenpflege 141, 240, 471.

Casper, Lehrbuch der Urologie 191.

Cohn, Gemüthserregungen und Krankheiten 192.

Crämer, Magenerweiterung 143.

Czermak, Die augenärztlichen Operationen 238, 431.

Dumont, Handbuch der allgemeinen und localen Anaesthesie 96.

Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 520.

Eulenburg, Kolle, Weintraud, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 240.

Fränkel, Specielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten 239.

Fuhrmann, Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten 144.

Gottschalk, Gerichtliche Medicin 285.

Haab, Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie 239.

— Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen 519.

Heermann, Vorschriften aus dem Gebiete der Krankenpflege 429.

Herrenknecht, Ueber Aethylchlorid und Aethylchloridnarkose 472.

Jacobi, Atlas der Hautkrankheiten 192, 519.

Jastrowitz, Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen 432.

Kaliski, Die wichtigsten Grundzüge der qualitativen und quantitativen Harnanalyse 95.

Kehr, Bericht über 137 Gallensteinoperationen aus dem letzten Jahre 432.

Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer u. hygienischer Beziehung 470, 520.

Kolb, Der Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses 471.

Leyden v., Grundzüge der Ernährung u. Diaetetik 285.

Leyden v., Handbuch der Ernährungstherapie 287, 431.

— u. Klemperer, Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts 141, 285, 429.

Lorenz, Praktischer Führer durch die gesammte Medicin 142.

Mayer, Ueber die Prognose der Syphilis 286.

Medicinalkalender, 143, 191.

Preiswerk, Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde 239.

Ries, Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 430.

Rosenthal, Der physiologische Unterricht 432.

Roth, Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung 94.

Seifert u. Müller, Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik 429.

Senator u. Kaminer, Krankheiten und Ehe 287, 430.

Sobotta. Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen 238.

— Grundriss dazu 239.

Stöltzner, Pathologie und Therapie der Rhachitis 286.

Wasserburger, I. Deutscher Kurpfuschercongress 431.

Wiedemann, Was muss der Arzt vom Krankenversicherungsgesetz wissen? 288.

# Namen-Verzeichniss.


**A.**

Abraham 207.
Adrian 214.
Ahlfeld 375.
Alexander-Katz 226.
Allen 264.
Alter 354.
Amrein 427.
Arnheim 306.
Aronheim 214, 439. 567.
Aronsohn 182. 271. 361.
Askanazy 505.
Aufrecht 110.
Axenfeld 505.
Axmann 564.

**B.**

Bachauer 342.
Badt 55.
Baisch 375.
Balin 17.
Bamberg 50.
Banti 50—55.
Bardach 174.
Bargebuhr 546.
Barsi 18.
Barten 388.
Barth 354, 497.
Baumgarten 314.
Baumstark 1.
Becker 277, 280. 480.
Behr 179. 555.
Behring v. 79. 329. 414.
Bendix 221, 305.
Benninghoven 15.
Bergemann 85.
Bergmann v. 262. 290. 302.
Bering 323, 446.
Berliner 445.
Beschoren 137.
Beseler 37.
Bettmann. 210. 512.
Bier 468.
v. Bilgorajski 427.
Blanche de la Roche 462.
Bloch 86.
Blum 557.
Blumenfeld 325.
Blumenthal 1.
Boas 153.
Bockenheimer 302. 462.
Bohin 26.
Bohnemann 394.
Bolgar 467.
Bong 171.
Bonhoff 524.
Bornträger 398.
Boseck 412.
Boss 534.
Brandweiner 486.
Brauer 71.
Braun 195.
Breuer 172, 245.
Brill 26.
Brings 465.
van den Brink 323.
Brüning 529.
Brugsch 315.
v. Bruns 415.
Bülau 312.
Bürger 517.
Büsing 204.
Bulling 461. 462.
Bumm 535.
Burchardt 208, 390.
Burghart 1.
Bursi 551.

**C.**

Callomon 20.
Camerer 378.
Caro 455.
Casper 146.
Cassel 6. 539.
Cassierer 151, 175.
Chadzinski 111.
Charcot 65.
Chauffard 6.
Chiari 52, 434.
Christiani 375.
Clamann 170.
Cossmann 57.
Cramer 107.
Credé 391.
Cuno 204.

Curschmann 133, 353.
Cybulski 179.

## D.

Daconto 194.
Danelius 179, 379.
David 450.
Dieudonné 215.
Dinkler 564.
Dicksen 101.
Dittmar 298.
Döbert 419.
Döderlein 78.
Dorn 1, 517.
Dornblüth 311.
Dosquet-Manasse 57.
Dreher 284.
Dresler 298.
Dreuw 61, 500, 524,
Dreyer 264.
Dreyfus 289.
Duane 104.
Dührssen 267.
v. Dühring 446.
Dumstrey 215.
v. Dungern 358.

## E.

Ebstein 296, 311.
Edel 217.
Edlefsen 359.
Elkan 462.
Elschnig 344.
Engels 450.
Erlenmeyer 140, 340.
Erni 179.
Ewald 382.

## F.

Fackenheim 482.
Falk 114.
Falkenstein 295.
Fehling 76.
Feig 202.
Feilchenfeld 338, 453.
Feis 406.
Féré 253.
Fichtner 50.
Finger 490.
Finkelstein 328.
Fisch 199.
Fischer 255.
Flatau 351.
Fliess 168.
Foà 132.
Fraczkiewicz 241.
Fränkel 206.
Franck 246.
Frank 494.
Franke 214, 422.
Frankenburger 36.
Freudenberg 237, 300.
Frick 334.
Fricke 479.
Fries 537.
Frieser 190.
Fritsch 116, 267.
Fromme 25.
Fuchs 117, 195, 235.
Fürbringer 331, 459.
Fürst 557.
Fütterer 226.

## G.

Galli-Valerio 49.
Gebauer 273.
Gerson 50. 365.
Gessner 511.
Girard 386.
Godlee 224.
Göber 181.
Goldberg 202.
Goldman 243.
Goldmann 127.
Góth 383.
Gouladze 88.
Gräser 6.
Grassl 110.
Grassmann 566.
Greeff 450.
Groenouw 36.
Grochtmann 379.
Grünbaum 302.
Grusdeff 52.
Günther 69, 538.
Guyon 148.
Guyot 296.

## H.

Haas 149. 216.
Hacke 283. 420.
Häberlin 318.
Hägler 77.
Hahn 276.
Hamburger 276.
Hammer 558.
Hand 165.
Hanot 6.
Hartmann 272. 499.
Hartog 198.
Hartz 383.
Hasenfeld 435.
Haug 4. 94. 483. 530.

Hebra v. 187.
Hecker 233, 281, 441.
Hedinger 302.
Heidenheim 526.
Heine 349.
Heisler 94.
Hellmer 355.
Henius 473.
Henneberg 355.
Henrici 518.
Hepp 216.
Herbert 381.
Herxheimer 85.
Higier 427.
Hilbert 393.
Hildebrandt 470.
v. Hippel 38.
Hirsch 227, 364, 435, 483.
Hirschfeld 478.
Hirschlaff 236.
Hitschmann 346.
Hoche 103.
Hochhaus 79.
Hodara 41.
Hönigschmied 87, 293.
Hösslin v. 370, 401.
Hoffa 451.
Hoffmann 91, 425.
Hofmann 197, 383.
Hofmeier 139, 267.
Holländer 172, 455.
v. Holst 293.
Hoppe 104.
Huber 327.
Huetlin 93.
Hundt 400.

**I.**

Imre 104.
Israel 4.
Ito 274.

**J.**

Jacobson 56.
Jänicke 401.
Jakobsohn 355.
Jaquet 18.
Jegormin 110.
Jesionek 278.
Jessen 57.
Joal 184.
Jolly 375.
Jolowicz 474, 521.
Jordan 12, 39, 335, 510.
Jores 433.
Joseph 138, 283, 523.
Jürgens 536.

**K.**

Kachel 64.
Kaiser 516.
Kallmeyer 124.
Kalt 202
Kantorowicz 93.
Kaposi 7, 211.
Karcher 297.
Karplus 65.
Kasbaum 109.
Kassel 379.
Katzenstein 205.
Kaufmann 187.
Kayser 129.
Kelemen 448.
Kellermann 262.
Kerner 91, 315.
Kinner 62.
Kirch 203.
Kirnberger 150.
Kisch 560.
Kissinger 8.
Kittel 30.
Klapp 440.
Klein 443.
Klemperer 4.
Klix 317.
Knapp 104.
Knoop 44.
Koch 328.
Köbisch 129.
Kögl 482.
Köhl 304.
Köhler 418.
Kölliker 10.
Köppe 549.
Körner 449.
Kolbe 356.
Korff 198.
Kraepelin 133.
Kraft 18.
Kramm 102.
Kraus 157.
Krause 132, 206, 256.
Krauss 193.
Krebs 67.
Krefft 64.
Krieger 151.
Kron 98.
Kronfeld 183, 303.
Krukenberg 256.
Kühne 33.
Küster 260.

Kuhn 524.
Kussmaul 109.

## L.

Laborde 385.
Landerer 327, 380, 557.
Landström 208.
Langballe 399.
v. Langenbeck 82.
Lassar 166, 249.
Lauterbach 38.
Leber 202.
Ledermann 102, 114.
Legnani 52.
Lehmann 164.
Leibholz 199.
Leichtenstern 214.
Lentz 408.
Lewandowski 187.
v. Leyden 272, 276.
Liebrecht 343.
Liepelt 23, 465.
Liermberger 243.
Lindenmeyer 200.
Litten 160.
Löb 361.
Löbl 172.
Löwenheim 185.
Löwenmeyer 420.
Lohnstein 16, 447.
Lublinski 223, 444.
Lucas - Championnière 12.
Lübcke 37.
Lüthje 315.
Luxenbourg 468.

## M.

Madelung 228.
Madlener 388.
Mager 277, 361.
Mainzer 271.
Maly 44.
Maragliano 276.
Marchand 52, 433.
Marcus 475.
Markowics 230.
Martin 507.
Matzenauer 486.
Mayer 216, 438.
Meissner 16, 19.
Melzer 147.
Mendel 45, 98, 409.
Mendelsohn 275.
Mendl 338.
Menge 169.
Menzer 224, 408.
Merz 23.
Mesnil de Rochemont 330.
Meyer 450.
Michaelis 563.
Michel 242.
v. Mikulicz 413.
Mode 537.
Model 252.
Möbius 2, 3.
Mond 376.
Moritz 227.
Moszkowicz 47.
Müller 26, 237, 330, 350, 451.
Mulert 167.

## N.

Naegeli 99.
Nagel 18.
Neisser 204, 442, 553.
Neter 482.
Neufeld 441.
Neugebauer 195, 439.
Neukirchen 454.
Neumann 88, 334, 465.
Neustätter 149.
Niedner 377, 452.
Nonne 405.
v. Noorden 111, 249.
Nussbaum 92.
Nyrop 399.

## O.

Oberndörffer 462.
Oberndorfer 258.
Oberst 262.
Oehlschläger 376.
v. Öttingen 463, 565.
Ollivier 374.
Opitz 168, 550.
Oppenheim 292, 324.
Ott 178.
Overlach 64.

## P.

Pagenstecher 149.
Palmer 77.
Pauli 324.
Pauly 247, 474.
Peer 299.
Peham 453.
Peiser 266.

Penzoldt 82.
Perlow 111.
Peters 423.
Petretto 134.
Pichler 8, 223.
Pick 42.
Pickardt 86, 140, 277.
Pineles 172.
Pitrés 253.
Plien 207.
Polano 89.
Pollatschek 81, 161, 162.
Porias 396.
Post 392.

**Q.**

Quervain 224.

**R.**

Raaf 538.
Rahn 82, 138, 466.
Raimann 242.
Ranshoff 255.
Ratz 128.
Raymond 212.
Reissner 15.
Richter 203, 489.
Riehl 303.
Rille 457, 501.
v. Ritter 306.
Ritter 103.
Ritterhaus 550.
v. Rodt 385.
Röder 542.
Rohden 313, 473.
Romberg 435.
Rommel 171.
Rosenbach 235, 257.
Rosenberg 184.
Rosenfeld 464.
Rosenhaupt 181.
Rosenstein 336.
Rothmann 228.
Routa 58.
Rudolph 297.
Ruhemann 48, 509.

**S.**

Saalfeld 6, 23, 28, 67, 208, 395.
Sachs 182.
Sack 159.
Salkindsohn 246.
Salomonsohn 45.
Salzwedel 137, 408, 479, 516.
Sattler 299.
Scarenzio 553.
Schedel 135.
Scheidl 162.
Scheven 357.
Schiele 348, 479.
Schiff 183.
Schiffer 522.
Schilling 65.
Schindler 329.
Schlesinger 172, 345.
Schliep 412.
Schlittenheim 175.
Schlochow 208.
Schmalfuss 231.
Schmidt 224, 236, 412, 452.
Schmiedeberg 175.
Schmitz 230.
Schneider 464.
Schneiderlin 198.
Schnitzler 183.
Schottmüller 133.
Schütze 300.
Schultes 213.
Schulthess 59.
Schultze 272. 312.
Schumacher 77.
Schumburg 50.
Schuppenhauer 117.
Schuster 409.
Seiffert 399.
Sembritzki 145, 533.
Senator 51—54, 257, 258.
Sendau 483.
Seyffert 234.
Siegert 62.
Sigel 36, 242, 244, 249, 261, 316, 326, 334, 358, 394.
Sintenis 113.
Sippel 264.
Sklarek 528.
Sobotta 178.
Soltmann 360, 364.
Sommerfeld 179, 379.
Sonnenschein 304.
Spät 222.
Stadtfeld 318.
v. Starck 55.
Stauder 496.
Stein 488.
Steinheil 170.
Stembo 221, 515.

Stempel 118.
Stern 35.
Sternberg 55.
Stewart 126.
Sticker 425.
Stockum van 525.
Strauss 175, 390, 546.
Studzinsk 528.
Sudeck 388.
Swiatecki 389.
Swoboda 545.

**T.**

v. Tabora 135, 421.
v. Tappeiner 278.
Tausch 101.
Theilhaber 169.
Thiem 32.
Thieme 177.
Thomas 434.
Thomsen 97.
Thomson 356.
Thorn 264, 265, 266.
Tillmanns 344.
v. Török 145.
Tourneau 414.
Trautmann 46, 99.
Treutlein 126.

**U.**

Ulmann 423.
Unna 395.
Urbantschitsch 312.
Urstein 337.

**V.**

Vörner 562.
Voigt 438.
Volland 514.
v. Voss 2.

**W.**

Wagner 279.
Wanscher 198, 199.
Wanser 428, 446.
Wassiljew 111.
Weber 335.
Weigert 63, 234.
Weil 317.
Weissbart 152.
Weitlauer 552.
Werth 73.
Westhoff 245.
Westphal 309.
Widal 133.
Widowitz 127.
Wiesinger 130.
Wiesmüller 462.
Winckelmann 103.
Winselmann 204.
Winter 320, 366.
Winterberg 473.
Winternitz 30, 421.
Wittmaack 59.
Witzel 195—197.
Wolff 65, 406.
Wolffberg 148.
Wossidlo 556.
Wulff 4.

**Z.**

Zangemeister 187.
Zangger 69.
Zeigan 129.
v. Zeissl 40.
Zlocisti 323.
Zuckerkandl 9.
Zweifel 72, 517.

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 1.

Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von* ***Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.***

**Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.**

**October XIII. Jahrgang 1903.**



**Arthritis urica.** **Ichthyolidin** hat Dr. Fr. Dorn mit gutem Erfolge therapeutisch benützt. Es ist das eine Verbindung des Piperazins mit der Ichthyolsulfosäure, welche in Dosen von 0,25 in überzuckerten Tabletten in den Handel gebracht wird. Dies Piperacinum thiohydrocarburo-sulfonicum, welches 7% Piperazin enthält, ist ein schwarzbraunes, an Theer erinnerndes Pulver von unangenehmem Geschmack. Wie die Versuche ergaben, wird es, auch längere Zeit in grösseren Dosen (bis 5 g pro die) genommen, anstandslos vertragen und vermag den Harnsäuregehalt des Urins bis 50% und darüber herabzusetzen (unter die ursprüngliche Menge). Es zeigte sich demnach ein deutlicher günstiger Einfluss auf acute typische Gichtanfälle wie auf chron. Fälle von harnsaurer Diathese, wenn die Pat. 3—4 g täglich erhielten. Man muss annehmen, dss Ichthyolidin im Organismuss einen Oxydationsprocess herbeiführt, welcher der Ent-

stehung der Harnsäure entgegenwirkt, oder eine Umwandlung derselben in eine weniger schädliche stickstoffhaltige Verbindung zur Folge hat.

(Therap. Monatshefte, Juni 1903.)

**Basedow'sche Krankheit.** Die **specifische Behandlung der B.** haben Dr. Burghart und Privatdoc. Dr. Blumenthal (I. med. Klinik Berlin) durchgeführt, indem sie in einigen Fällen *Rodagen*, das Milchpulver entkropfter Ziegen (Vereinigte Chem. Werke Charlottenburg), in anderen das Möbius'sche *Antithyreoidserum* (Merck), das Serum von Hammeln, denen die Schilddrüse exstirpirt worden, anwandten. Beide Mittel zeigten eine recht günstige Wirkung, namentlich auf die Schlaflosigkeit, die Schwäche und Abmagerung, auf das Zittern und Schwitzen; Struma, Glotzaugen, Puls wurden nicht so regelmässig in günstiger Weise beeinflusst, doch kamen auch hier eclatante Erfolge, ja gänzliches Verschwinden der Symptome vor. Wo schon schwere anatomische Veränderungen innerer Organe vorhanden sind, z. B. der Nieren, des Herzens, da vermag auch die specifische Therapie nichts mehr, ja bei Herzerkrankungen kommen sogar unangenehme Zufälle vor, sodass man hier bei der Behandlung recht vorsichtig sein, die Dosen langsam steigern, die Pat. genau beobachten muss. In schweren Fällen von B. wird man natürlich rascher Erfolge erzielen, wenn man das Heilmittel subcutan injicirt, hier ist also das subcutan injicirbare Möbius'sche Serum am Platze bis zum Eintritt deutlicher Besserung, wo man dann zu Rodagen übergeht. In leichteren Fällen ist letzteres dem Serum von Anfang an gleichwerthig und manchmal sogar überlegen, weil Serum nicht selten Erytheme, Gelenkschmerzen, Unwohlsein hervorruft.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1903.)

— Zur **Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit** führt Dr. G. v. Voss (St. Petersburg) zunächst *2 Fälle* an, die sich durch *seltene Symptome* auszeichneten. Im *ersten* wies die 22jährige Pat. ausser leichter Facialislähmung, rechts Lähmung des Rectus super. und bedeutende Parese des Abducens auf, links Lähmung des Rectus infer. und Parese des Abducens. Auffallend waren die starken Schwankungen in der Intensität dieser Lähmungen; bald waren die Störungen am Abducens, bald am Oculomotorius des rechten Auges mehr ausgeprägt, nur der Rectus infer. sin. schien ständig am stärksten afficirt zu sein. Die Ent-

stehung dieser recht seltenen Lähmungen bei B. ist unklar. Am wahrscheinlichsten ist noch die Annahme von Möbius, der die Genese für nucleär hält; ob es sich um Gefässstörungen oder elective Giftwirkungen auf die Zellen handelt, bleibt dahingestellt. — Die *2. Patientin*, ein 34jähr. Mädchen, seit 10 Jahren erkrankt, bemerkte zuerst vor 2 Jahren Schwäche in der linken Hand, vor 7 Monaten Schwäche und Zittern im linken Bein. In den letzten Monaten wurden die Erscheinungen schlimmer. Feinschlägiger Tremor der Hände. Bei willkürlichen Bewegungen mitunter einige ausfahrende, unregelmässige, ruckweise Bewegungen in der linken Hand. Kraft der Armmuskulatur ziemlich unbedeutend. Stehen mit offenen und geschlossenen Augen gleich sicher. Gang infolge Zitterns im linken Bein unsicher. Im Liegen Bewegungen der Beine nicht ataktisch, das linke Bein zittert aber stark, wobei die Oscillationen recht beträchtlich sind, mehr stossweise und ungleichmässig erfolgen. Schwäche nachweisbar in den Flexoren des Ober- und Unterschenkels, den Extensoren des Fusses, besonders links, auch in den Ab- und Adductoren des linken Beines. Sehnenreflexe stark erhöht, beiderseits Fussclonus. Die Erscheinungen unterscheiden sich wesentlich von dem typischen Tremor bei B., es war mehr als „choreatisches Zittern“ zu bezeichnen. Eine Combination mit Sklerose oder Hysterie anzunehmen, lag keinerlei Veranlassung vor. Die Schwäche der Beine kann sich bei der B. bis zur Paraplegie steigern; spastische Erscheinungen sind nicht selten. — Was die *Therapie* anbelangt, so ist in Russland trotz der Möbius'schen Warnung und trotz Veröffentlichung von Fällen von Thyreoidismus acutus bei Jodgebrauch das Jodkali noch am beliebtesten. Möbius sah von Bepinselungen des Kropfes mit Jodtinctur keinen Nachtheil, Autor beobachtete kürzlich eine Frau, bei der sich die ersten Erscheinungen von B. an eine energische Jodbepinselung eines kleinen, seit Jahren bestehenden Kropfes anschlossen. Doch nicht nur vor Jodtherapie möchte Autor warnen, alle stärkeren Mittel (Digitalis, Strophanthus etc.) können hier schädlich wirken. Autor sah 2 Patientinnen, die gegen mittlere Dosen der gewöhnlichsten Präparate übergrosse Empfindlichkeit aufwiesen; die eine klagte selbst nach Gebrauch von Brom (2 mal täglich 1 g) über Benommenheit. Im übrigen ist Brom dem Autor das liebste Mittel. In einigen Fällen schien Natr. phosphoric. von Nutzen zu sein. Merck's Antithyreoidin ist leider noch zu theuer, um allgemeine Aufnahme zu finden. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 33).

**Blutungen.** Die Casuistik der **essentiellen Nierenblutung** bereichert Dr. P. Wulff (Hamburg) um einen Fall. Es stehen sich über diese Fälle 2 Ansichten gegenüber. Israel hat nachgewiesen, dass ein grosser Theil der hierher gerechneten Fälle bei genauer mikroskopischer Untersuchung ausgedehnte parenchymatöse und interstitielle Entzündungsprocesse erkennen lässt, und er bezweifelt, dass anatomisch unveränderte Nieren zu B. Veranlassung geben können; Klemperer betont, dass letzteres der Fall ist, dass es angioneurotische B. giebt, und diese Ansicht erfährt durch den Wulff'schen Fall eine wesentliche Stütze. Der 46jähr. Patient litt seit 8 Monaten an schweren Harnblutungen. Er hatte solche schon mal vor 7 Jahren, damals verschwanden sie aber nach 2 Monaten spontan wieder. Jetzt aber bestehen die B. schon 8 Monate lang unverändert, unbeeinflusst durch die verschiedensten internen Medicationen, und ist Pat. sehr anaemisch geworden. An den inneren Organen ist nichts Besonderes nachzuweisen, cystoskopisch sieht man aus dem linken Ureter klaren Urin, aus dem rechten dunkelrothes Blut herausströmen. Therapeutisch musste unbedingt sofort etwas geschehen. Es wurde erst die Nephrotomie ausgeführt, aber als bald die Schnittwunde wieder zu bluten begann, die rechte Niere exstirpirt. Bei der Untersuchung erwies sie sich als normal beschaffen, und 3 Tage nach der Operation verschwand jede Blutbeimengung aus dem Urin. Der Fall wäre somit ein sicheres Beispiel einer Nierenblutung ohne jeden pathologischen Befund in der Niere; vor der Hand sind diese Fälle einer Erklärung noch nicht zugängig.

**(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 29.)**

— Einen **Fall von Haemotympanon traumaticum durch Sturz aufs Gesäss** beobachtete Prof. Dr. Haug (München). Mit einem 54jähr. bis dahin völlig ohrengesunden Manne wurde am 8. April in heiterer Abendgesellschaft der „Scherz“ gemacht, dass man ihm, als er sich setzen wollte, den Stuhl leise wegzog, sodass sich der 2 Centner wiegende Mann mit aller Wucht auf den Boden setzte. Er wurde sofort furchtbar blass, klagte über lebhaften Schwindel und Ohrensausen, besonders rechts, und Brechneigung, wurde mühevoll nach Haus gebracht, wo er noch mehrmals erbrach, über Schwindel weiterklagte und sehr schwer hörte. Am 2. Tage nach dem Vorfall (10. April) wurde Autor geholt und fand Folgendes: Pat., der deutliche Zeichen von Arteriosklerose darbot, lag ziemlich theilnahmslos da

und war nur auf starkes Anschreien zum Aufmerken zu bringen. Beim Aufsetzen bekam er gleich Schwindel mit ausgesprochenem Nystagmus horizontalis rechts. Er klagte über furchtbares Brausen in den Ohren, dumpfen Kopfschmerz, hauptsächlich der Hinterhauptsregion, sowie über völlige Taubheit und schweren Schwindel. Ohrenuntersuchung: Rechts vorderer Gehörgang völlig frei, Membrana tympani dunkelblauroth in toto vorgewölbt; einzelne schwarzrothe Ekchymosen auf der Oberfläche im hinteren oberen Segmente; Hammergriffgefässe auf der verfärbten Membran als dicker, dunkelrother Streifen zu verfolgen; Uebergangsparthieen vom Trommelfell zum Gehörgang dunkelrosaroth. Links vorderer Gehörgang ebenfalls frei, Trommelfell abgeflacht, sonst oben normal, hinten hellroth, unten leicht violettroth; Hammergriffgefässe stark hellroth injicirt. Hörweite für Flüstersprache R. = 0, Conversationssprache = 0, L. Flüstersprache = 0, Conversation 0,5 m. Therapie: Horizontallagerung, Blutegel (beiderseits hinter die Ansatzlinie der Muschel je 3), kräftige Ableitung auf den Darm, subcutan Pilocarpin (0,1 : 10,0), 5 Tage je eine Spritze. Pat. konnte darauf schon am 3. Tage ohne Schwindel gehen, hatte viel weniger Sausen, und auch sonst wandte sich die Sache rasch zum Günstigen. Das Exsudat sog sich allmählich auf, die Hörfähigkeit stieg. Am 15. V. Hörweite für Flüstersprache R. = 2,75 m, L. = 4,80 m. Trommelfell rechts noch leicht trübgrauroth, links fast normal; noch Reste der intramembranalen B. zu sehen. Am 22. V. Hörfähigkeit L. = 7 m, R. = 5,4 m. Anfangs Juni fast normaler Status. Bei Zustandekommen der Verletzung ist vor allem natürlich die colossale Erschütterung der Wirbelsäule in Betracht zu ziehen, die sich auf den Schädel überträgt; auch das Gewicht des letzteren wirkt mit, der durch die Erschütterung zuerst in die Höhe geworfen wird und dann mit Gewalt durch sein Eigengewicht zurückprallt, gewissermaassen durch Contrecoup. Als Beihilfsfactor kam die Arteriosklerose hinzu, die ja Gefässrupturen begünstigt, und vielleicht auch die Wirkung des Alkohols. Wie leicht hätte jener „Scherz“ eine Apoplexie bewirken können, ganz abgesehen davon, dass selbst die Verletzung am Ohr schlimme bleibende Folgen hätte haben können. Daher ist vor solchen „Scherzen“ nur dringend zu warnen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 Nr. 14.)

— **Adrenalin gegen Darmblutung bei Typhus** wandte Dr. Graeser (Deutsches Krankenhaus Neapel) in einem Falle mit eclatantem Erfolge an. Die B. waren schon recht gefährlich geworden, alle herangezogenen Mittel hatten versagt, da gab Autor von der Originallösung des salzsauren Adrenalin intern 3 stündlich 30 Tropfen in etwas physiol. Kochsalzlösung. Da standen die B. und kehrten nicht mehr wieder. (Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 30.)

— Dr. C. Cassel (Posen) schreibt: „Unter dem Namen **Epinephrinum solutum** stellt Apotheker Linke (Posen) ein Nebennierenpräparat her, auf welches ich an dieser Stelle aufmerksam zu machen mir erlaube. Sein bedeutender Werth liegt in der glänzenden ischaemischen Wirkung. Die Operationen in der Nase und im Rachen verlaufen nach Bestreichen der Operationsfläche ohne Blutung. Lässt man nach Amputation der Tonsillen sofort mit Wasserstoffsuperoxyd gurgeln, so treten kaum namhafte B. nach Aufhören der gefässcontrahirenden Wirkung des Epinephrins auf. Nach Operationen in der Nase tamponire ich sofort mit Gaze oder Watte, die in Wasserstoffsuperoxyd getränkt sind, lasse den Tampon 24 Stunden liegen, wobei der Blutverlust ein kaum nennenswerther ist. Auf meine Veranlassung wurde der Lösung 5 pro mille Acid. salicyl. zugesetzt, wodurch das Präparat ausserordentlich haltbar ist. Nebenerscheinungen habe ich bis jetzt nicht beobachtet. Die Cocainwirkung ist, wie ich beobachtet habe, verlängert.“

(Therap. Monatshefte, August 1903.)

**Diabetes.** Das Capitel **D. und Hautkrankheiten** unterzieht Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) einer Besprechung. Es giebt nur wenige Hauterkrankungen, die ausschliesslich dem D. zukommen. Hierhin gehört das *Xanthoma diabeticum*, das bei Zuckerkranken meist acut auftritt und kleine, erbsen- bis bohnengrosse Tumoren bildet, die entweder isoliert stehen oder confluiren, solide Consistenz besitzen und röthliche Farbe mit gelbem Centrum zeigen. Sie erscheinen hauptsächlich an Vorderarmen, Nates und Knieen, von wo aus sie sich auf die nähere Umgebung verbreiten, bleiben monate- bis jahrelang stationär und schwinden spontan oder nach Besserung des Grundleidens. Eine seltene, dem D. eigenthümliche Affection ist der zuerst von Hanot und Chauffard beschriebene *Diabète broncé*, bei dem Gesicht, Extremitäten und Genitalregion dunkle Färbung zeigen. Die *Gangraena diabetica* ist bekannt.

Kaposi hat noch eine specielle Art von Gangraen beschrieben, *Gangraena diabetica bullosa serpiginosa*. In seinem Falle zeigten sich am linken Unterschenkel disseminirte Blasen auf entzündeter Basis; es trat nachträglich Verschorfung ein; der Process schritt von diesen Centren serpiginös weiter und heilte zuerst, setzte dann aber von neuem ein, befiel serpiginös grössere Strecken und endete letal. Dann beschrieb Kaposi noch eine *Dermatitis diabetica papillomatosa*, bei welcher in jahrelangem Verlauf auf entzündeter Basis drusige, plaquesartige und theilweise zu schlapprandigen Geschwüren zerfallende Auswüchse entstehen. Im Gegensatz zu diesen Leiden stehen nun die anderen Hautaffectionen, die nur zufällig mit dem D. zusammenfallen, dadurch aber oft anders geartet erscheinen, als ohne D., namentlich viel hartnäckiger sich in ihrem Verlaufe zeigen. *Furunkel* und *Carbunkel* z. B. haben hier besondere Neigung zu fortschreitender Nekrose und, solange sich nicht der Zuckergehalt vermindert, wenig Tendenz zur Heiluug. Ebenso verhält es sich mit der *Sycosis vulgaris*, mit der *Paronychie*, mit *Ekzemen*; grosse Hartnäckigkeit, solange nur local behandelt wird, Besserung erst beim Schwinden des Zuckers. Auch bei *Pediculosis pubis* bleibt nach Beseitigung des Pediculi oft das Jucken, die Dermatitis hartnäckig bestehen; man untersucht und findet im Harn Zucker, und erst wenn antidiabetische Therapie eingeschlagen worden, kommt es zum Nachlassen der Erscheinungen. Auch bei drei Fällen von *Acne rosacea* sah Autor Besserung erst nach Behandlung des D. eintreten; sobald wie ein Pat. die strenge Diaet nicht innehält, verschlimmert sich auch das Hautleiden. Auch bei einem *Ulcus molle*, bei einem *Ulcus cruris*, entstanden durch eine Verletzung, machte Autor die gleichen Erfahrungen; erst nach antidiabetischer Behandlung Heilung. Der *Pruritus* bei D. ist bekannt, ebenso das *Ekzema intertrigo*, das so gern fettleibige Diabetiker befällt und sich in der Inguinofemoralgegend localisirt. Es kommen ferner nicht selten bei D. Anidrosis, Hyperidrosis, Urticaria zur Beobachtung. Bei seinen Psoriasiskranken hat Autor noch nie Zucker gefunden. Hautaffectionen können auch als prämonitorisches Zeichen auftreten und längere Zeit dem D. vorangehen; man muss da immer und immer wieder den Harn untersuchen und findet endlich doch Zucker. *Syphilis* kann mit D. zufällig coincidiren, kann aber auch directe Ursache des D. sein; letztere bessert sich dann bei antiluetischer Behandlung, pflegt aber bei Syphilisrecidiv sich auch wieder

einzustellen. Findet sich D. erst während einer Quecksilbercur ein, so muss man daran stets denken, dass toxischer D. vorliegen kann. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 30.)

— Einen **Fall von D. insipidus bei Ependymitis diffusa am Boden der Rautengrube** beschreibt Dr. K. Pichler (Landeskrankenhaus Klagenfurt). Es ist damit die spärliche Zahl von Beobachtungen von D. insipidus mit umschriebenen Erkrankungsherden am Boden des 4. Ventrikels um einen Fall vermehrt. Meist waren noch andere Hirntheile miterkrankt, in obigem Falle fand sich nur eine chronische, diffuse Entzündung des ependymalen Gewebes am Boden der Rautengrube vor, und ebenso rein, wie in anatomischer Beziehung, lag der Fall auch in klinischer: alle Symptome charakterisirten sich als Vagussyptome, der chronische Hydrocephalus internus machte keine Sondererscheinungen.

(Centralblatt f. innere Medicin 1903 No. 31.)

— **Subcutane Strychnininjectionen** hat Dr. Leop. Feilchenfeld (Berlin) in je einem Falle von D. insipidus und Polyurie mit eclatantem Erfolge angewandt. Die Polyurie verschwand beide Male sehr rasch und mit ihr auch der Durst, die Trockenheit im Munde u. s. w. Eine stricte Erklärung vermag Autor für diese Heilwirkung nicht zu geben, jedenfalls aber war dieselbe klar vorhanden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

## Fracturen und Luxationen.

**Zwei Fälle von Luxation des N. ulnaris** schildert Dr. Ph. Kissinger (städt. Krankenhaus Königshütte O/S.). Die Verrenkung des Ellennerven ist ein seltenes Vorkommniss; sie besteht darin, dass der Nerv bei Beugung des Vorderarmes seine Rinne verlässt und auf die Vorderfläche des Epicondylus intern. gleitet, um bei der Streckung wieder in seine normale Lage zurückzukehren. Man unterscheidet eine congenitale und eine traumatische Form. Der letzteren gehörten die beiden Fälle an, die Autor seit mehreren Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. 50jähriger Bergmann ging vor vier Jahren zwischen den Geleisen und schob seinen Wagen vor sich her; infolge von Unvorsichtigkeit seines Hintermannes erhielt er durch dessen aus dem Geleise springenden Wagen einen heftigen Stoss gegen seinen gebeugten rechten Ellenbogen, verspürte sofort starken Schmerz im ganzen Arm bis in die Hand, der Arm fiel herunter; er musste die Arbeit niederlegen und suchte das Spital auf,

wo man eine Contusion des rechten Ellenbogengelenkes und nach Zurückgehen der Weichtheilsschwellung eine bei extremer Beugung auftretende Luxation des N. ulnaris vorfand. Es wurde versucht, den Nerven durch Fixation des Gelenks in Streckstellung zum Bleiben in seiner Rinne zu bringen, doch waren diese und alle anderen Versuche vergebens. Operativer Eingriff abgelehnt. Linker Ellennerv an normaler Stelle. Pat. nahm die Arbeit wieder auf, kehrte jedoch bald zurück, mit der Angabe, wegen Schwäche und rascher Ermüdung des Armes seine Thätigkeit nicht ausüben zu können. Er erhielt 25 % Rente. Er begann wieder zu arbeiten und konnte nach ½ Jahr den früheren Verdienst wieder erreichen. Es wurde ihm die Rente entzogen. Autor sah ihn nachher oft noch. Während der Befund rechts unverändert blieb, fand Autor bei der letzten Untersuchung (Januar d. J.), dass jetzt auch der linke Nerv bei Beugung des Ellenbogengelenks unter einem rechten Winkel die Rinne verlässt und über die Spitze des Epicondylus auf dessen Vorderfläche tritt. Pat. wusste davon nichts und hat keine Beschwerden. Den zweiten Fall kennt Autor ebenfalls seit vier Jahren. Ein 20jähriger Mensch hat nach dem Bericht des Arztes einen Bruch des rechten Oberarms zwischen mittlerem und unterem Drittel erlitten, war aber dann als erwerbsfähig entlassen worden. Er kehrte bald aus der Arbeit zurück, über Schmerzen im verletzten Arm klagend. Knochenverdickung dicht über den Condylen und Verdickung des Radiusköpfchens; bei Beugung des Gelenks tritt der Ellennerv über den Epicondylus heraus und kehrt bei Streckung wieder in seine normale Lage zurück. Function des Gelenks an sich unbehindert, auch sonst Anomalieen im Gelenk nicht zu finden. Bei einer Nachuntersuchung vor einiger Zeit gleicher Befund; der linke Ellennerv bleibt immer an normaler Stelle. — Eingehend hat sich mit diesem Leiden Zuckerkandl beschäftigt, der fand, dass dabei Kleinheit des Epicondylus intern., schwacher Einschluss des Nerven durch die Fascia brachialis und bedeutendes Vortreten des Ligament. latèrale intern. bei der Beugung eine Rolle spielen. Beugt man an der Leiche das Ellenbogengelenk, so tritt der Triceps nach innen, schiebt in derselben Richtung den Nerven vor, und dadurch gleitet der durch die Beugung gespannte Nerv bei dem günstigen Verhalten des Epicondylus und der Fascie auf die Innenfläche des letzteren. In einem anderen, ebenfalls an der Leiche untersuchten Falle fand Zuckerkandl eine alte Längsfractur

des Humerus, die sich in das Gelenk fortsetzte; bei der Heilung war die Eminentia capitata nach unten und vorn verschoben und ein wenig nach innen rotirt, die Verschiebung des Epicondylus extern. betrug 1 cm. Dadurch war, abgesehen von den Knochenveränderungen, die sich im Laufe der Zeit ausbildeten, eine abnorme Stellung des Unterarms, eine Verlagerung der Ellenbogengelenksachse, bedingt; bei der Streckstellung wich der Unterarm nach innen, bei der Beugestellung nach aussen ab. Es war also die Eminentia capitata zum entscheidenden Gelenkkörper für die Ellenbogengelenksexcursionen geworden. Dadurch verlor die Hohlrolle zum Theil den Contact mit der Rolle und im Extrem der Flexion kam es gar soweit, dass sich überhaupt nur mehr der Proc. coronoides vorn an den Humerus legte, der übrige Theil der Hohlrolle hingegen seinen Contact mit der Trochlea ganz aufgegeben hatte; infolgedessen trat das Olecranon auf der Streckseite weiter nach innen als gewöhnlich, der innere Rand der Hohlrolle überragte den der Rolle, und der mehr median gelegene Höcker am Olecranon für die Insertion des Triceps stand bei der Flexion in einer Ebene mit der Spitze des Epicondylus internus. Je mehr sich die median schräg abfallende Ellenbogengelenkachse horizontal stellte, desto stärker wurde die Verschiebung des Triceps und des N. ulnaris nach innen; wird die Ellenbogengelenkachse nun gar umgelagert, fällt sie schräg lateral ab, so steigert sich die Anomalie. In der Literatur wird mehrfach der Ellennervenluxation Erwähnung gethan. Die Behandlung der frischen Luxation muss in sofortiger Reposition des Nerven bestehen, ausserdem erscheint der Versuch mit fixirenden Verbänden in Streck- oder leichter Beugestellung gerechtfertigt. Führt dieser zu keinem Erfolg, so kann die operative Behandlung in Frage kommen, falls Schmerzen und Störungen durch den Zustand bedingt sind. Nach Kölliker soll man den Nerven längs des Sulcus einfach freilegen; der Nerv wird dann durch die Narbe fixirt werden, namentlich wenn man nach der Operation den Arm eine Zeit lang in Streckstellung hält. Besteht jedoch abnorme Kleinheit des Epicondylus intern., so kann man durch Vertiefung des Sulcus ulnaris dem Nerven eine gesicherte Lage geben. Für die weitere Befestigung wird dann die Narbe noch Sorge tragen. Ist jedoch die Nervenverrenkung infolge eines Knochenbruches aufgetreten, so ist vor allem exacte Coaptation und Fixation der Bruchenden anzustreben. Was noch obige zwei Fälle betrifft,

so ist in Rücksicht auf die am anderen Arme von selbst aufgetretene Verrenkung des ersten Falles wohl wahrscheinlich, dass die Luxation des rechten Nerven nicht durch den Stoss des Wagens hervorgerufen, dass sie ebensowenig beim „Herabfallen des Armes“ analog den angeblich nach heftigen Streckbewegungen entstandenen Fällen aufgetreten ist, vielmehr schon vorher, vielleicht in geringem Grade, bedingt durch schlechte Befestigung des Nerven und durch den seichten Sulcus, bestand. Bei dem Stoss gegen das Ellenbogengelenk wurde der bei gebeugtem Arm auf den Epicondylus dislocirte Nerv viel leichter und heftiger getroffen, als es bei normalem Verhalten möglich gewesen wäre. Die nach der Contusion des Gelenkes aufgetretene und anhaltende Schmerzhaftigkeit war keine directe Folge der Luxation des Nerven, sondern lediglich eine der Quetschung desselben. Es ist auch unwahrscheinlich, dass eine Verrenkung des Nerven bei normalem Verhalten, d. h. so lange der Nerv nicht über die Spitze des Epicondylus tritt, selbst bei schwacher Befestigung und seichtem Sulcus durch einfache Contusion zu Stande kommen soll. Der Nerv müsste ganz isolirt getroffen und über den Epicondylus hinübergeschoben werden. Ebenso unwahrscheinlich ist es, dass der Nerv durch den bei der Contusion gesetzten Bluterguss aus der Rinne hervorgehoben werden und dann nicht wieder zurückgehen sollte. Fall zwei ist dagegen klar; wenn auch nicht derartig grosse Veränderungen im Gelenk wie im Falle Zuckerkandl vorliegen, so ist doch sehr wahrscheinlich, dass die Nervenverrenkung Folge der Verletzung ist, zumal sich der Nerv der anderen Seite völlig normal verhält. Autor hat noch etwa 200 Personen jeden Alters untersucht und das Phaenomen nur einmal gefunden, eine doppelseitige Luxation bei einem 20jährigen gesunden Tischler, die völlig symptomlos bestand und dem Manne selbst bisher nicht bekannt war. — Für die Gutachterthätigkeit ist Folgendes zu beachten: Die Verrenkung des Ellennerven ist selten, sie ist meist angeboren und besteht beschwerdelos; in solchen Fällen kann aber, da der Nerv bei gebeugtem Ellenbogen leichter Verletzungen ausgesetzt ist, es zu stärkeren Quetschungen und Reizungen kommen, als es ohnedies schon möglich ist. Hierhin gehören wohl auch die Fälle, die als plötzlich entstanden nach Ellenbogencontusionen beschrieben sind. Aehnlich scheint es sich auch mit denjenigen zu verhalten, die nach angeblich starker Muskelanstrengung (Schneeballwerfen etc.) beobachtet wurden; hier hat mindestens schon



eine grosse Disposition vorgelegen, und wurde der Nerv dann durch diese Anstrengung gezerrt, gedehnt, gereizt, vielleicht auch noch weiter dislocirt. Es ist daher allen Fällen, bei denen eine Knochenverletzung oder schwerere Quetschung des Ellenbogengelenks nicht vorgelegen hat, mit Vorsicht gegenüberzutreten und vor allem das Verhalten des Nerven des anderen Armes zu beachten. Damit kommen wir zur letzten Form, die als traumatisch hauptsächlich in Frage tritt: Die nach Quetschungen und Fracturen des Ellenbogengelenks, besonders der Condylen. Sie muss bei normalem Vrehalten der anderen Seite als Unfallsfolge angesehen werden. Im Allgemeinen macht die Ellennervenverrenkung nur wenig Beschwerden und ist event. mit 10—15% zu entschädigen, nur bei grösseren Reizerscheinungen höher.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 6.)

— Ueber **Massagebehandlung frischer Knochenbrüche** lässt sich Prof. Dr. Jordan (Heidelberg) aus. Früher war das Bestreben, eine möglichst normale Form des gebrochenen Gliedes zu erreichen. Das erreichte man aber sehr oft trotz langer Fixirung doch nicht, aber infolge der langen Immobilisirung erreichte man stark beeinträchtigte Function der Extremität, atrophische Musculatur, steife Gelenke. Man glaubte früher, dass die Wiederherstellung der Function an die normale Form des Gliedes gebunden sei, ebenso wie man annahm, dass zur Callusbildung absolute Ruhigstellung nöthig ist. Beides ist heute als Irrthum erkannt. Man weiss heute, dass ein gewisses Maass von Bewegung für die Callusbildung sogar förderlich ist, dass geringe Verschiebung der Knochenenden die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes in keiner Weise zu beeinträchtigen braucht. Das Bestreben, die normalen anatomischen Verhältnisse wieder herzustellen, ist ja gerechtfertigt, indessen ist es andererseits klar, dass ein mit geringer Abweichung geheiltes, functionell tüchtiges Glied einem normal configurirten, in seiner Function aber beeinträchtigten vorzuziehen ist. Lucas-Championnière war es, der zuerst die Immobilisirung auf ein Minimum einschränkte und die functionelle Aufgabe vorwiegend berücksichtigte; er massirte vom Moment der Verletzung ab und bewegte frühzeitig die benachbarten Sehnen und Gelenke. Seit acht Jahren bedient sich Jordan ebenfalls dieses Verfahrens, speciell bei Fracturen der oberen Extremität, und seine Resultate bei mehr als 100 Fällen sind ausgezeichnete. Allerdings ver-

zichtete er nicht ganz auf die Immobilisirung, sondern er legte nach jeder Massage einen Schienenverband an. Bei Radiusbrüchen geht er also folgendermaassen vor: Sofort nach der Verletzung wird das Glied auf eine feste Unterlage, auf einen Sandsack oder ein Lederpolster gelagert, dann massirt, hierauf bei vorhandener Verschiebung reponirt, das Glied mit einer feuchten Binde vom Handrücken bis zur Mitte des Vorderarms leicht comprimirend eingewickelt, darüber eine trockene Binde applicirt und Fixirung durch eine einfache Pappschiene oder Drahtschiene bewerkstelligt. Am nächsten Tage Abnahme des Verbandes, Lagerung auf den Sandsack, Massage, Verband. In dieser Weise wird fortgefahren bis zu eingetretener Heilung. Neben der Massage schon einige Tage nach der Verletzung leichte Bewegungen der Finger und des Handgelenks, sowie des Ellbogen- und Schultergelenks unter manueller Fixirung der Bruchstelle. Die Schiene bleibt bis zur Consolidirung liegen. Massirt wird nur mit einfachen Streichungen in der Längsrichtung des Gliedes von der Peripherie nach dem Centrum, mit dem Daumen oder den Spitzen der zusammengelegten Finger. Man beginnt ziemlich weit entfernt von der Bruchstelle, also an den Fingern, geht allmählich auf dem Handrücken zum Handgelenk vor, überspringt die Bruchgegend und setzt die Streichungen am Vorderarm bis zum Ellbogengelenk fort. Es wird die Massage zuerst sehr zart ausgeführt, erst allmählich steigert man den Druck. Einzelne Sitzung 15—30 Minuten. Schmerzlosigkeit ist das Kriterium für die richtige Handhabung der Methode. Die Empfindlichkeit des verletzten Gliedes nimmt unter dem Einfluss der allmählich gesteigerten Massage mehr und mehr ab, sodass zum Schluss der Sitzung schon beträchtlicher Druck ohne Schmerzen ertragen wird. Die erreichte Herabsetzung der Empfindlichkeit benützt man dann zur Vornahme leichter passiver Bewegungen der Gelenke. Schwellung und Spannung des Gliedes nehmen rasch ab, sind nach 8—10 Tagen meist verschwunden. Schon nach wenigen Tagen sind die Pat. schmerzfrei. Nach 2—5 Tagen erscheint die erste Suggillation, die sich in den nächsten Tagen rasch über den Vorderarm ausbreitet und dann an der Innenseite des Oberarms nach oben ausdehnt. Die Vertheilung des Blutergusses erfolgt also sehr schnell, das Blut wird rasch in Gegenden mit normaler Circulation befördert, wo es der Resorption anheimfällt. Der Fremdkörper wird also weggeschafft und die Regeneration der gequetschten Muskeln

und Gelenke dadurch befördert. Auch die Callusbildung vollzieht sich rascher, als bei wochenlanger Fixirung, und wenn sie erfolgt ist, hat man sofort ein brauchbares Glied vor sich. In vielen Fällen von Radiusfractur besteht gar keine wesentliche Dislocation; ist eine solche vorhanden, so besteht nach einmaliger gründlicher Reposition meist keine Neigung zur Wiederkehr. Ist aber einmal diese vorhanden, dann lege man für 1—2 Wochen einen leichten Gypsverband an, nachdem durch einwöchige Massage die Schwellung zum Rückgang gebracht ist. Bei den Brüchen des Vorderarms, der Condylen und Epicondylen des Humerus ging Autor ähnlich vor, behandelte mit Massage und Schienen in rechtwinkliger Beugung und Supination des Vorderarms und legte nur bei starker Dislocation für kurze Zeit einen dauernden Fixationsverband an. Bei den Brüchen des Olecranon wurde nach jeder Massage der Arm in den ersten drei Wochen in Streckstellung fixirt und die Annäherung der Bruchenden durch Bindeneinwickelung erstrebt; nach drei Wochen wurde dann allmählich zur stumpfwinkligen Beugung des Vorderarms und schliesslich zur vollen Beugung übergegangen. Bei Brüchen des Humerusschaftes empfiehlt sich Anlegung der Kramer'schen Schiene von der Schulter bis zum Handgelenk und die Fixirung während der Massage durch Extension und Contraextension. Die Brüche des anatomischen Halses des Oberarmes erfordern keine specielle Fixirung, es genügt die Mitella, während bei Brüchen des chirurgischen Halses event. Reposition in Narkose und Immobilisirung durch einen festen Verband für 1—2—3 Wochen zweckmässig erscheint. Was nun die Behandlungsresultate anbelangt, so sind von 40 Pat. mit typischem Radiusbruch 35 vollständig arbeitsfähig, zwei haben geringe Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Dabei hatten 18 Pat. das 40. Jahr überschritten, 10 standen in den 50er Jahren, 2 in den 60er, 2 waren 79 Jahre alt! 34 mal erfolgte Heilung ohne Dislocation, 5 mal mit geringer. Das Handgelenk war 33 mal normal beweglich, 5 mal nahezu normal. 34 Pat. behielten keinerlei Beschwerden. 5 Pat. mit Bruch des Radiusschaftes wurden alle vollständig arbeitsfähig und ohne Dislocation geheilt. Ebenso alle 8 Pat. mit Bruch des Ulnaschaftes (sechs ohne Verschiebung). In zwei Fällen von Olecranonfractur wurde die Heilung mit fibröser Zwischenverbindung erreicht und die Function des Armes vollständig wiederhergestellt. Die sechs Fracturen des Ellbogengelenks (drei davon mit Luxation des Vorderarms)

wurden alle durchschnittlich in $6^{1}/_{2}$ Wochen zur Heilung mit vollständiger Arbeitsfähigkeit gebracht; 5 mal Beweglichkeit des Gelenkes völlig normal, einmal etwas beschränkt. Von acht Fällen von Vorderamfractur erlangten sechs normale Gebrauchsfähigkeit. Im Ganzen wurden unter 73 Pat., von denen 27 älter als 40 Jahre alt, 67 vollständig arbeitsfähig, je zwei bezogen Renten von 50, 40 und 10%. Für die Behandlung mit Massage und Mobilisirung sind also alle Fracturen der oberen Extremität geeignet, und die allgemeinere Anwendung des Verfahrens wäre dringend zu befürworten. Dasselbe erfordert freilich viel Geduld und Erfahrung und müsste erst von den Aerzten speciell gelernt werden. Dieselben sollten es sich aber heute schon angelegen sein lassen, der Anlegung fester Verbände eine mehrtägige bis einwöchige Massage vorauszuschicken und die Zeit der vollständigen Immobilisirung auf das Nothwendigste zu beschränken.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

**Gonorrhoe.** **Gonosan** wandte auch Prof. Dr. Benninghoven (Berlin) neben gleichzeitiger örtlicher Behandlung (1%ige Protargolinjectionen) an, indem er 4—5 mal täglich zwei Kapseln nehmen liess. Er erzielte damit bei acuter G. schon vom 2. Tage an Nachlassen der Schmerzen beim Uriniren und Aufhören der schmerzhaften Erectionen; auch die Secretion liess in auffälliger Weisse nach. Autor behandelte so 20 Fälle frischer G. und sah in keinem Falle eine Complication auftreten. In zwei Fällen von acuter *Cystitis* liess er die Kapseln neben Fol. uv. urs. nehmen; beide Male bereits am 2. Tage Nachlassen der Schmerzen und aller Krankheitserscheinungen. Was ihm besonders auffiel, ist, dass dabei starke Injectionen, ohne Schwellung der Schleimhaut zu bewirken und ohne Schmerzen hervorzurufen, leicht ertragen wurden. Der Preis des Mittels ist jetzt herabgesetzt (50 Kapseln Mk. 3.—, 30 St. Mk. 2.—).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903, No. 28.)

— **Gonosan** wandte Dr. M. Reissner (Schöneberg) in 35 Fällen von G. (anterior acuta und subacuta, anterior und posterior) an. Gerade in den Fällen von acuter G. mit heftigen entzündlichen Erscheinungen zeigte sich eine sehr günstige Wirkung. Bei einer Dosis von 8 Kapseln täglich liessen, ohne jede locale Behandlung, nur bei entsprechender Diaet, die starken subjectiven Beschwerden, der Harndrang, die schmerzhaften Erectionen schnell nach, und die Secretion

verminderte sich in wenigen Tagen erheblich, der dicke grünlichgelbe Eiter wurde bald mehr schleimig-eitrig, der Gehalt an Gonokokken wurde mit dem Zurückgehen der rein eitrigen Secretion ebenfalls geringer. Autor liess eine Anzahl von Fällen ohne jede locale Therapie, bis nur noch einige gonokokkenfreie Filamente in der ersten Urinportion sich befanden, die auf Injection irgend eines Adstringens (meist Zinc. permang.) zum grösten Theil schnell verschwanden. Diese Fälle beanspruchten kaum nennenswerthe Zeit länger zur Heilung, und ist Autor davon überzeugt, dass manchmal durch das Weglassen der Injectionen Complicationen vermieden werden. Sehr günstig war auch der Einfluss des Gonosans in den Fällen, wo ein acutes Uebergreifen auf den hinteren Theil der Harnröhre und auf den Blasenhals vorlag; es verminderte sich bald die Dysurie, und die Erscheinungen der acuten Entzündung des Pars posterior gingen zurück. In Fällen älterer Cystitis dagegen sah Autor nur geringen Nutzen.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1903 No. 58.)

— **Gonosan** benützte auch Dr. H. Lohnstein (Berlin) bei 25 Pat. zur Unterstützung der Localbehandlung. Das Präparat wirkte ebenso prompt wie Ol. Santali, ohne dessen unangenehme Eigenschaften zu zeigen. Es wurde stets ohne Widerwillen genommen und hatte fast nie unangenehme Nebenwirkungen zur Folge.

(Allgem. Central-Ztg. 1903 Nr. 33.)

— **Gonorol,** das gereinigte Santalöl, hat Dr. P. Meissner (Berlin) neuerdings in 40 Fällen angewandt, bei denen er sich wieder davon überzeugen konnte, dass Gonorol unangenehme Nebenwirkungen fast nie entfaltet. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Darreichung des balsamischen Oels des Santal. alb. ist indicirt bei *Cystitis*, *Urethritis gonorrh. posterior* und *Prostatitis gonorrhoica*.
2. An Stelle des Ol. Santal. ostind. der Pharmocopoe tritt mit Vortheil unter allen Umständen das Gonorol.

(Dermatolog. Centralblatt, August 1903.)

— **Urosanol** hat Dr. P. Scharff (Stettin) mit recht gutem Erfolge bei G. (30 Fälle) angewandt. Urosanol ist Protargolgelatine. Man erhält von der „Viro"-Gesellschaft (Berlin) in einem Carton drei Glasröhrchen, welche mit einer bei Körpertemperatur schmelzenden Gelatinemasse von 1, 3,

5 % Protargolgehalt gefüllt sind: ein mit Theilstrichen versehener Stempel erlaubt es, von dem Inhalte des Röhrchens jedesmal 2 ½ ccm nach Art der Spritzenbehandlung in die Harnröhre zu befördern. Autor benützte meist das 5 und 3 %ige Präparat und glaubt, dass man in denjenigen Fällen, in welchen die Entzündungserscheinungen geringfügig sind und der Pat. kurz nach der Infection in die Behandlung tritt, ohne Zögern mit dem 3, ja sogar mit dem 5 %igen Präparat sofort beginnen kann. Sind Fluor und Gonokokken am 6. oder 7. Tage z. B. verschwunden, darf man hoffen, dass es gelungen ist, den Process zn coupiren, aber Provocation und weitere Beobachtung müssen das Resultat bestätigen. Bei heftiger Entzündung beseitigt Autor zuerst durch kühlende Umschläge und interne Medication die initialen stürmischen Symptome, lässt dann erst Sol. Kal. permang. (0,01 : 200,0) injiciren und darauf erst 1 %iges Urosanol, dem er bei weiterer Abnahme der Reactionserscheinungen die höher procentuirten folgen lässt. Ueber drei Wochen Urosanol anzuwenden, ist nicht rathsam; sind Fluor und Gonokokken bis dahin nicht weg, muss man zu anderen Mitteln greifen.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 7.)

— Zur Frage über die **Häufigkeit der Schuld des Mannes in der Unfruchtarkeit der Ehe** ergreift J. Balin (Odessa) das Wort. In 200 Fällen von unfruchtbaren Ehen, wo keine Abnormitäten, die eine absolute Sterilität verursachten, bei den Frauen entdeckt wurden, unterzog Autor das Sperma der Männer mikroskopischen Untersuchungen. Er fand 73 Mal Azoospermie und 19 Mal Oligonekrozoospermie. Ferner berechnete Autor die Frequenz der G. bei den Männern mit pathologischem Sperma und constatirte auf 68 Fälle von Azoospermie 43 mal und auf 37 Fälle Oligonekrozoospermie 19 mal G. Was das Verhältnis der G. zur absoluten (Azoospermie) und facultativen (Oligonekrozoospermie) Sterilität des Mannes anbetrifft, so erwies sich, dass 97 Fälle von unzweifelhafter G. 44 Azoospermie und 17 Oligonekrozoospermie zeigten. Bezüglich der Häufigkeit der G. bei den verheiratheten Männern im allgemeinen ergab sich, dass von 188 Männern 97 zweifellos an G. litten. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Männer trugen in 36,5 % die absolute (Azoospermie) und in 19 % die facultative (Oligonekrozoospermie) Schuld der Sterilität der Ehe.
2. Von den Männern, die an Azoospermie litten, ver-

dankten 63,3% dies der vor der Ehe acquirirten G.
3. Mehr als in der Hälfte der Fälle waren die Männer beim Eintritt in die Ehe schon gonorrhoisch inficirt.
4. Die G. verursachte bei den Männern in 63% Sterilität, und zwar: Azoospermie 48%, Oligonekrozoospermie 18%.
5. Die allerhäufigste Ursache der Unfruchtbarkeit der Ehe ist in der latenten, event. fortbestehenden (manifesten) G. des Mannes zu suchen.

(Der prakt. Arzt [Russisch] 1903 No. 6. — Centralbl. f. Gynaekologie 1903 No. 26.)

**Helminthiasis.** Einen **Beitrag zur Behandlung der Ankylostomiasis** liefert Dr. Nagel (Elisabeth-Hospital in Bochum). Es wurde bisher dort namentlich Extr. filic. angewandt, aber wiederholt leichte und auch schwere Intoxicationen beobachtet. Kraft gelang es, den Extract in sieben wohl charakterisirte Körper zu zertheilen, darunter eine „amorphe Säure“. Letztere ist nach Jaquet der Träger der anthelminthischen Wirkung des Filinextractes. Sie ist nun dargestellt in dem sogen. *Filmaron* und soll, was ja ausserordentlich wichtig wäre, frei von jeder toxischen Nebenwirkung sein. Autor hat nun Filmaron in neun Fällen, in denen Extr. filic. und Thymol versagt hatten, angewandt und, wenn auch erst nach wiederholter Cur, Heilung erzielt. In den ersten fünf Fällen wurde das Mittel folgendermaassen ordinirt:

Rp. Filmaron. 0,7
Chloroform 1,5
Ol. Ricin. 20,0.

Die Abtreibung gelang nach 2maliger Cur. In den vier übrigen Fällen wurde verschrieben:

Rp. Filmaron. 0,7
Thymol. 5,0
Chloroform 1,5
Ol. Ricin. 20,0.

Die Abtreibung gelang nach 2—4maliger Cur. Früher wurde als Abführmittel hinterher meist noch Calomel gegeben. Um Stomatitis zu vermeiden, gab man neuerdings öfter *Purgatin* (Knoll) mit recht gutem Erfolge.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

— **Febris typhoides helminthica** nennt Dr. Barsi (Bánfalu) ein Krankheitsbild, das öfters durch Ascariden oder vielmehr deren Toxine veranlasst wird und demjenigen bei

Infectionskrankheiten ähnlich ist. In leichteren Fällen beschränkt dasselbe sich bloss auf Symptome der Verdauungsorgane neben geringen nervösen Erscheinungen, in schweren tritt das Bild allgemeiner Intoxication deutlicher zu Tage. Jedenfalls sind Verwechselungen mit Abdominaltyphus und auch Meningitis möglich, wenn auch Roseola und Milztumor zu fehlen pflegen, ein Schüttelfrost meist die Scene eröffnet, das Fieber mehr intermittirend ist, Nackenstarre, eingezogener Bauch, Pupillendifferenzen nicht vorkommen. Immerhin erinnert noch recht vieles an jene beiden Affectionen. Die Krankeitserscheinungen schwinden nach Austreibung der Ascariden.

(**Wiener med. Wochenschrift 1903 Nr. 31.**)

**Herpes.** Zur Diagnose des **H. maculosus squamosus** schreibt Dr. P. Meissner (Berlin): „Der Herpes maculosus squamosus oder die Pityriasis rosea ist eine Hautaffection, welche darin besteht, dass meistens kreisrunde Efflorescenzen mit geröthetem und etwas erhabenem Rand entstehen, deren centrale Parthieen blass und mit einer an Löschpapier erinnernden Abschilferung belegt ist. Man ist im Allgemeinen wohl mit Recht der Ansicht, dass es sich bei dieser Krankheit um eine Trichophytie handelt, wobei allerdings gleich hervorgehoben werden soll, dass man bisher keine Veranlassung hat, den Erreger im Trichophyton tonsurans zu suchen. Es wird sich höchst wahrscheinlich um einen, dem genannten Pilz nahestehenden Fadenpilz handeln. Bezüglich der Diagnose, welche im Uebrigen kaum eine Schwierigkeit bietet, scheint es mir nicht unwichtig, folgende Beobachtung bekannt zu geben, welche durchaus nicht den Anspruch darauf erhebt, neu zu sein, welche aber zumal den Nichtspecialisten vielleicht doch nicht so bekannt ist, wie wünschenswerth. Ich habe jetzt in einer Anzahl von 107 Fällen im Laufe der letzten sechs Jahre stets nachweisen können, dass die Affection dann auftrat, wenn die Patienten entweder frische Woll- oder Baumwollenwäsche aus dem Laden gekauft angezogen haben oder aber Wollwäsche, welche mehrere Monate im Wäscheschrank gehäuft gelegen hatte, benützten. Die Aetiologie scheint so sicher zu sein, dass es mir bisher immer gelungen ist, dieselbe unzweideutig nachzuweisen, und zwar kann man zum Erstaunen der Patienten ihnen ziemlich auf den Kopf zusagen, wann sie das neugekaufte Unterzeug angezogen haben. Die ausgebildete Efflorescenz, wie sie oben beschrieben wurde, liegt ungefähr 10 bis

14 Tage nach der erfolgten Infection vor, so dass man bei einer solchen Beobachtung ganz ruhig den Patienten darauf interpelliren kann, ob er etwa vor 8 oder 10 Tagen ein neues Wäschestück in Benützung genommen habe."

(Die Medicin. Woche 1903 No. 34.)

— Dr. Fr. Callomon (Breslau, Allerheiligenhospital) beschreibt einen Fall von **Herpes gestationis**, jener mit Ausbrüchen vielgestaltiger, erythematöser und bullöser Efflorescenzen einhergehenden, in enger Beziehung zur Schwangerschaft stehenden Hautkrankheit, welche durch die Neigung, im Wochenbett zu exacerbiren, und die fast regelmässige Wiederkehr in späteren Graviditäten ausgezeichnet ist. Am 20. Februar 1902 wurde eine 33jährige Arbeiterfrau aufgenommen mit einer weit über den Körper verbreiteten, theils erythematösen, theils bullösen Hautaffection. Pat. ist gravid, hat früher fünf Schwangerschaften durchgemacht, die, ebenso wie die Wochenbetten, ohne Hauterscheinungen verliefen. Im 6. Monat der jetzigen Schwangerschaft, zehn Tage vor der Aufnahme, erschien unter heftigem, anhaltendem Jucken ein Ausschlag an Unterarmen und Unterschenkeln, der — zuerst aus vereinzelten kleinen „Blattern" bestehend — sich rasch der Fläche nach auszudehnen begann und auch am Rumpfe zum Vorschein kam, zunächst auf der Bauchhaut, von hier auf die Oberschenkel und den übrigen Körper übergreifend. Dabei gutes Allgemeinbefinden, nur lebhaftes Jucken, kein Fieber. Urin frei von Eiweiss und Zucker, Organbefund negativ. Das Exanthem besteht aus kleinen runden und grösseren, mehr flächenhaften Erythemherden, sowie aus Bläschen und Blasen von Linsen- bis Pflaumengrösse, mit serösem und an einzelnen Stellen serös-eitrigem Inhalt. Die isolirt stehenden Erythemherde gleichen theilweise den Efflorescenzen des Erythema exsudativum multiforme: peripher frischroth und erhaben, im Centrum cyanotisch blauroth und leicht eingesunken; hier und da ausgesprochene Irisform. Auch dort, wo die Einzelherde zu grösseren Bezirken confluirt sind, tritt die Neigung zu centraler Abblassung und peripherem Fortschreiten hervor: guirlandenförmige Reihen von Einzelefflorescenzen und flächenhafte, serpiginös begrenzte Erythembezirke bedecken die Haut der Unterarme (Beuge- und Streckseite), Hand- und Fussrücken, Oberschenkel; auf dem Bauche Herde von Handtellergrösse und darüber. Am übrigen Körper nur kleinere, linsenbis pfenniggrosse Stellen. Am spärlichsten ist der Rücken

befallen; Gesicht ganz frei, ebenso Mundschleimhaut. Bullöse Efflorescenzen von verschiedenster Grösse zahlreich an der Beugeseite der Unterarme, Innenfläche der Oberschenkel, Streckseite der Unterschenkel: sie stehen auf der Höhe der Erythemherde, vielfach randständig, theilweise zu kleinen Gruppen aggregirt. Nirgends Bläschen auf ganz gesunder Umgebung sichtbar; zum mindesten deutet ein rother Hof die erythematöse Basis an. Am rechten Unterarm repräsentirt ein Herd besonders deutlich das Bild des H. iris mit randständigen, kaum linsengrossen Bläschen. Während an einigen Stellen — zuerst auf dem Bauche — das Erythem zu verblassen und die Blasen zu heilen beginnen, verschmelzen andere Herde zu Erythemfeldern, innerhalb deren immer neue Blasen aufschiessen. So erfolgen in den nächsten Wochen mehrfach gleichartige Eruptionen, jedesmal mit lebhaftem Juckreiz verbunden; dabei wird auch der Rücken befallen, doch mit sehr geringer Entwickelung des bullösen Stadiums. Allgemeinbefinden, abgesehen von dem Juckreiz, durchaus zufriedenstellend. Die Temperatur zeigt im Anschluss an den neuen Schub bisweilen Abendsteigerungen bis 38,1° und 38,3°; nach etwa dreiwöchentlicher Beobachtung bleibt sie dauernd normal bei deutlicher allgemeiner Besserung. Noch treten zwar hier und da neue Efflorescenzen auf, sie bleiben jedoch klein und verschwinden bald wieder; die älteren Herde sind inzwischen allenthalben im Rückgange; die Blasen heilen, das Erythem verblasst, unter Hinterlassung bräunlicher Pigmentirungen. Doch bestehen bei der am 12. April erfolgten Entlassung, zwei Monate seit Beginn der Krankheit, noch einige Efflorescenzen, z. B. an Knieen und Rücken. Die Behandlung bestand neben allgemeiner Pflege (viel Milch, kräftige gemischte Kost) in Einwickelungen mit indifferenten Salben (Bor- oder Mentholvaseline), Eröffnung der grösseren Blasen, feuchten Umschlägen auf die der Blasendecke beraubten Stellen. Zehn Wochen später kommt Pat. wiederum zur Aufnahme. Seit ihrer Entlassung andauernd gutes Befinden. Bis zur Niederkunft aber hielt sich fast dauernd das Jucken in wechselnder Heftigkeit, auch an abgeheilten Stellen. Am 19. Juni normale Geburt. Zwei Tage später heftiger Wiederausbruch der Krankheit unter dem gleichen Bilde wie in der Gravidität, aber mit noch ernsterem Verlaufe. Es entwickelt sich ein diffuser tuberculöser Lungenkatarrh, später noch ein Erysipel. Nach Ueberstehen dieser Complicationen erfolgen nur einmal noch grössere, mit Blasen-

bildung verbundene Eruptionen, wobei auch die bisher stets verschonte Mundschleimhaut befallen wird: harter und weicher Gaumen sowie Wangenschleimhaut zeigen linsengrosse Bläschen, durch deren Platzen sich das Schleimhautepithel hier und dort fetzenweise ablöst. Diese Eruption heilt in wenigen Tagen ab, und jetzt klingen auch die Hauterscheinungen völlig ab. Gesammtdauer der im Wochenbette erfolgten Exacerbation der Hautkrankheit 6—7 Wochen. Seitdem ist Pat. gesund. — Die in der ersten Zeit durchaus schwankende Diagnose, für die zunächst auch Erythema exsudativum (H. Iris) oder toxisches Exanthem (Arzneiexanthem) in Frage kam, wurde erst durch Gegenüberstellung der klinischen Symptome mit dem eigenartigen Verlaufe ermöglicht. Auf der einen Seite das plötzliche Auftreten in der Schwangerschaft, das fast dauernd beobachtete, bei Beginn der Eruptionen besonders heftige Jucken, die schubweise aufeinanderfolgenden, vielgestaltigen, erythematösen und blasigen Exantheme, mit Pigmentirungen abheilend; auf der anderen Seite das Abklingen der Erscheinungen gegen Ende der Gravidität, und vor allem der heftige Wiederausbruch im Puerperium, endlich das dauernde Fehlen von Hautsymptomen seit dessen Ablauf kennzeichnen die Erkrankung als H. gestationis. Wenn die Pat. davon erst in der sechsten Gravidität befallen wird, so entspricht dies auch den Beobachtungen Anderer. Das Einzige, was hier noch zur Abrundung des typischen Bildes fehlt, ist die Beobachtung des Rückfalls in der nächsten Schwangerschaft. Autor rieth aber dringend die Verhütung der Conception ab. Ein Rückfall ist trotz des im Allgemeinen günstigen Ablaufs des Leidens doch immer bedenklich, vor allem mit Rücksicht auf die Gefahr der Secundärinfectionen der Blasendecke beraubter Stellen; acquirirte ja auch hier trotz sorgfältiger Pflege Pat. ein Erysipel! Wenn es somit möglich erscheint, durch die Prophylaxe den Weiterverlauf der Krankheit vielleicht völlig abzubrechen, so gewinnt die Kenntniss der seltenen Affection die allgemeinste praktische Bedeutung, und der grösste Werth muss auf ihre möglichst frühzeitige Erkennung gelegt werden. Freilich mag in weniger ausgeprägten Fällen, wie dem obigen, wo neben dem klinischen Bilde der Verlauf, besonders das Wiederaufflackern im Wochenbett, zur Diagnose verhalf, die Erkennung nicht vor Eintritt des ersten Recidivs in späteren Schwangerschaften möglich sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 33.)

**Hyperidrosis.** Brigadearzt F. Merz (Zürich) machte Versuche mit **Tannoform** bei Militär, um zu sehen, wie dasselbe sich prophylaktisch bewähren würde. Er rieb mehrere Abende hintereinander nach erfolgtem Fussbade mit der blossen Hand ein Tannoform-Talcumgemisch (1 : 2) in geringer Menge zwischen die Zehen, an deren Ober- und Unterseite, an der ganzen Fusssohle und an den Fussrändern ein und konnte damit für einige Wochen das Auftreten der H. bei der Mehrzahl der so Behandelten verhindern. Das Mittel erwies sich auch als völlig unschädlich. Das geforderte Gutachten an den Oberfeldarzt lautete demnach: „Wir besitzen im Tannoform unzweifelhaft ein ausgezeichnetes, völlig unschädliches Mittel zur sehr beträchtlichen Herabminderung der Zahl der Fusskranken bei der Truppe und werden durch systematisch-prophylaktische Anwendung desselben in unserer Armee ein Wesentliches zur Erhöhung der Marschfähigkeit derselben beitragen.“ (Die Krankenpflege, Juni 1903.)

— Bei der **Aetiologie des Pruritus ani** spielen, wie Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) betont, nicht nur Prostatitis, Proctitis, Würmer, chron. Obstipation, Haemorrhoiden und Fissuren am Introitus ani eine Rolle, sondern oft auch H., da ja die Analgegend starke Schweissdrüsen enthält. Der Pruritus findet sich daher nicht selten bei Fettleibigen, die stark schwitzen. Die H. ruft ein Ekzem hervor, die zahlreichen Haare verfilzen durch den Schweiss und reizen ebenfalls. Man kürze daher vor allem die Haare, wasche zur Bekämpfung der H. 2—4 mal täglich mit Essigwasser und wende schweissmindernde Mittel an, daneben juckstillende Puder und Salben. Sehr nützlich erweisen sich auch Suppositorien mit Cocain (0,03) oder Anaesthesin (0,03—0,1). Zur Vermeidung der Reibung und Irritation müssen die aneinanderliegenden Parthieen durch Watte (nur einfache entfettete!) auseinander gehalten werden.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 13.)

**Intoxicationen.** **4 Fälle von innerer Lysolvergiftung** beschreibt Dr. K. Liepelt (Krankenhaus Bethanien, Berlin). Es handelt sich um junge Mädchen von 15—22 Jahren, welche in selbstmörderischer Absicht Lysol getrunken hatten, zwei sogar in grossen Mengen (100 resp. 50g). Alle 4 genasen trotzdem. 2 Fälle verliefen sogar ziemlich leicht, offenbar deshalb, weil die Pat. sehr rasch in ärztliche Behandlung kamen (Magenausspülung) und die Dosis keine

so grosse war. Die beiden anderen erschienen bei der Aufnahme sehr bedenklich; beide Pat. befanden sich in tiefem Coma und machten einen moribunden Eindruck. Trotzdem gelang es durch energische Spülung des Magens mit über 20 L. Wasser und durch grosse Dosen Campher (eine Pat. bekam 8 g innerhalb 6 Stunden), die Gefahr zu beseitigen. Die Resorption des Mittels geht von der Schleimhaut des Magens aus offenbar nur langsam vor sich, wodurch die grosse Wichtigkeit lange fortgesetzter Magenspülungen bis zur völligen Entfernung des Giftes verständlich wird. Auch die beiden schweren Fälle genasen ohne dauernde Störung; obwohl beide tagelang phenolhaltigen Harn ausschieden, bekamen sie keine Nephritis. Fieber trat am 1. Tage bei drei Pat. auf, bei der einen war die Temperatur sogar 5 Tage lang über 38⁰. — Es sind bis heute in der Litteratur 41 Fälle von Lysolvergiftung bekannt. 11 entstanden bei äusserer Anwendung (davon 4 tödtlich), 30 bei inneren (13 tödtlich). Bei nur drei von diesen 13 Fällen wurde die Magenspülung versucht, bei den 17 Geheilten dagegen wurde 15 mal die Spülung gemacht, nur zwei leichtere Fälle genasen ohne solche. Man sieht, wie wichtig hier die ausgiebige Magenspülung ist. Weil Lysol vom Magen nur langsam resorbirt wird, hat die Spülung sogar noch nach Stunden nach der Vergiftung Erfolg, und man muss es fast als Kunstfehler bezeichnen, wenn bei Lysolvergiftung nicht die Magenspülung gemacht wird, und zwar solange fortgesetzt, bis das Spülwasser klar zurückkommt; die sinkende Herzkraft muss durch Excitantien gehoben werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 25)

— Einen **Fall von Lysolvergiftung** beschreibt auch Dr. Schwarz (Nestomitz). Ein 47 jähr. vollkommen gesunder Mann trank aus Versehen von dem käuflichen Lysol einen „Schluck". Er nahm sofort etwas Milch nach, aber schon wenige Augenblicke später begann er zu taumeln und wurde ins Bett gebracht, wo ihn Autor ½ Stunde später sah. An der Unterlippe weisser Aetzschorf, starke Röthung des Gaumens: Pat. war somnolent, reagirte aber noch und gab, wenn auch sehr träge, Auskunft über das Vorgefallene. Als Autor nach weiteren 15 Minuten mit der Magensonde wiederkam, war Pat. vollkommen bewusstlos, Gesicht blass, Conjunctivae geröthet, Cornealreflex vorhanden, Pupillen mittelweit, Puls mässig beschleunigt, regelmässig, Athmung laut schnarchend; das Krankheitsbild

glich dem eines schweren Rausches. Magenspülung mit etwa 15 L. Wasser. 1/2 Stunde später erwachte Pat. und fühlte sich, abgesehen von Schmerzen in Mund und Magen, nicht mehr krank; für die Zeit vom Momente des Uebelwerdens bis zum Erwachen bestand vollständige Amnesie. Beachtenswerth war in diesem Falle aber vor allem das stürmische Einsetzen der Vergiftungserscheinungen nach ziemlich kleiner Dosis, und war jedenfalls die baldige Magenspülung von wesentlichem Einfluss auf den weiteren Verlauf. (Prager med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

— **Brucin als Gegenmittel bei Morphinismus** hat Dr. A. Fromme (Stellingen) schätzen gelernt und er erklärt nach seinen Erfahrungen, dass Brucinum hydrochloricum einen sehr grossen Theil der Abstinenzsymptome zum Schwinden bringt und so hervorragend geeignet ist, die Leiden bei der Morphiumentziehungscur zu eliminiren. Man kann das Mittel in steigenden Dosen mit 2—3—6 cg 2—3 mal täglich beginnend bis zu 3 mal täglich 18 cg geben, also 0,06—0,54 g. Brucin erhöht bedeutend die Lösungsfähigkeit des Morphins, und man kann beim Morphinisten sehen, wie sich nach mehrtägigem Brucingebrauch die harten Morphininfiltrationen in der Haut sehr bald erweichen, um gänzlich zu verschwinden. Morphin entzieht bei längerem Gebrauche dem Blut Sauerstoff, wodurch Zerfall der rothen Blutkörperchen bewirkt wird (daher das blasse Aussehen des Morphinisten!). Nach mehrtägigem Gebrauche des Brucin constatirt man Zunahme der rothen Blutkörperchen, das Aussehen des Pat. erscheint frischer, die Haut rosiger. Die antagonistische Wirkung des Brucins macht sich auch sehr bald im Bereiche der vasomotorischen und secretorischen Nerven geltend: Die Verdauung und der Appetit werden besser, der Stuhlgang regelmässig u. s. w. Auch der Schlaf wird bald gut. Indem man dem Pat. jeden Tag ein Quantum Morphin entzieht und dafür die Brucindosis erhöht, kann man in leichter Weise die Morphiumentziehung vornehmen. Man kann dabei Morphium weiter injiciren, Brucin innerlich geben (wieviel, das muss man bei jedem Pat. ausprobiren, der Pat. darf eben keine Beschwerden haben!), oder man lässt die Spritze fort (und das ist besser, weil der Morphinist oft mehr an der Spritze als am Morphin hängt) und giebt Brucin mit Morphium zusammen intern, indem man der Brucinlösung immer weniger Morphin zusetzt. So kann man Morphin in der denkbar bequemsten und mildesten Form entziehen.

Ein jeder Morphinist kann sich rasch selbst von der Thatsache überzeugen, dass er beim Gebrauche von Brucin sofort seinen Morphiumbedarf ganz wesentlich einschränken kann. Damit ist nicht gesagt, dass er die ganze Cur zu Haus machen soll; sachgemässe Aufsicht ist stets nöthig, wie auch die Entfernung aus dem gewohnten Milieu, aus dem Berufe u. s. w. ein wesentlicher Factor der Cur ist, der sich Pat. eben vollständig widmen soll.

(Münch. med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

— Zu diesem Artikel bemerkt Dr. Fr. Müller (Godesberg a. Rh.), dass sich ihm *Brucin* schon vor 3 Jahren als völlig werthlos bei der Behandlung von Morphiumkranken erwiesen habe. Es hat allerhöchstens eine Bedeutung als symptomatisches Mittel, wie es deren ungezählte giebt. Dabei ist Brucin keineswegs so ungefährlich; es stellten sich bei jeder neuen Dosis dieselben Vergiftungserscheinungen ein (Unruhe, heftigste Aufregung, Todesangst, Jucken, Frieren etc.). — Auch Dr. Brill (Fulda) warnt vor den von Fromme empfohlenen Dosen, die viel zu hoch sind, die Maximaldosis beträchtlich übersteigen, was um so bedenklicher ist, als Brucin cumulative Wirkung entfaltet.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 29.)

**Nephrolithiasis.** **Betriebsunfall oder Nierensteinkolik?** so lautet die Frage, die sich Gerichtsarzt Dr. Bohm (Dortmund) bei der Beurtheilung des folgenden Falles zu stellen hatte. Ein 26jähr. Brauer erlitt am 19. XII. 1902 beim Auskellern von leeren Lagerfässern mittelst Aufziehens durch einen Flaschenzug eine Verletzung der Nieren, d. h. er verspürte einen heftigen Schmerz in der Nierengegend, und am folgenden Tage stellte sich Blutharnen ein. In dem Attest des Arztes vom 7. V. 1903 wird ausgeführt, dass Pat. am 20. XII. 1902 über heftige Schmerzen in der linken Nierengegend klagte und Blut gleichmässig mit Urin gemischt entleerte. Eine äussere Verletzung fand sich nicht. Am 12. Tage wurde der Urin wieder klar, die Beschwerden besserten sich. Zur Zeit der Ausstellung des Attestes klagte Pat. auch über Schmerzen in der Nierengegend bei Anstrengungen und hatte schwere Arbeiten noch nicht wieder aufgenommen, doch wurde klarer Urin im Strahl entleert, eiweiss- und zuckerfrei, überhaupt fehlten objective Symptome. Der Arzt gab sein Urtheil dahin ab, dass Pat. eine Verletzung der linken Niere erlitten habe, dass seine Klagen über

noch bestehende Schmerzen glaubhaft seien, dass Pat. in keiner Weise den Eindruck eines Simulanten mache, und dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf 10% zu schätzen sei. Bei der Untersuchung am 19. V. 1903 konnte Autor den objectiven negativen Befund des behandelnden Arztes nur bestätigen, das Vorliegen eines Betriebsunfalles müsse er bestreiten. Pat. gab an, dass er am 19. XII. bereits zwei leere Fässer mittelst Flaschenzuges hochgewunden habe, als er bei der gleichen Arbeit am dritten Fass den plötzlichen Schmerz verspürte. Autor konnte also nicht anerkennen, dass es sich um ein dem regelmässigen Gange des Betriebes fremdes Ereigniss gehandelt hatte, dessen Folgen für die Gesundheit schädlich waren. Das Auskellern der Lagerfässer gehört zur regelmässigen Betriebsarbeit eines Brauers, war auch vom Pat. bisher anstandslos geleistet worden. Wenn auch nach Stern zuweilen subcutane Nierenzerreissung nach plötzlicher Zusammenziehung der muskulären Bauchpresse beobachtet ist, so muss man doch annehmen, dass ein solches Ereigniss nur nach aussergewöhnlichen Anstrengungen, welche hier sicher nicht vorgelegen haben, möglich ist. Die beobachteten Erscheinungen erklären sich aber sehr ungezwungen, wenn man einen Anfall von Nierensteinkolik annimmt. Letztere tritt leicht bei Gelegenheitsursachen ein, die mit einer Erschütterung des Unterleibes oder einer Anspannung der Bauchpresse verbunden sind, ferner sind Schmerzen und Nierenblutungen, die nach einigen Tagen wieder vorübergehen, die regelmässigen Erscheinungen, die den Durchtritt eines Nierensteins durch den Harnleiter oder einen Harncanal zu begleiten pflegen. Wenn es sonach in hohem Grade wahrscheinlich ist, dass es sich hier um einen Anfall von Nierensteinkolik gehandelt hat, so konnte ein die Gesundheit schädigender Einfluss auch nicht angenommen werden, es kann vielmehr der Effect nur ein heilsamer gewesen sein, indem durch den Kolikanfall der Durchtritt des Steins durch den Canal herbeigeführt wurde. Hat Pat. jetzt wirklich noch bei schweren Arbeiten Schmerzen, so handelt es sich um Autosuggestion oder es sind noch andere Steine vorhanden, aber die jetzt event. noch vorhandene N. ist keine Folge des angeblichen Unfalls. Autor gab also sein Gutachten dahin ab, dass Pat. am 19. XII. einen Betriebsunfall nicht erlitten habe.

(Monatsschrift für Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 6

**Pediculosis. Einige wichtige Momente bei Behandlung der P.** erwähnt Dr. Edm. Saalfeld (Berlin). Bei hiezu disponirten Individuen können schon wenige *Pediculi pubis* recht unangenehmen Pruritus hervorrufen, der nicht nur auf den locus affectus beschränkt bleibt, sondern reflectorisch auf andere Körperregionen übergeht. Aber nicht nur reflectorisch, denn nicht selten finden sich die Pediculi auch auf Stellen, wo sie nicht vermuthet werden, an Ober- und Unterschenkeln, Nacken, Achselgegend, Augenbrauen. Das Jucken kann nun auch nach Abtödtung der Pediculi weiter bestehen, entweder verursacht durch Kratzekzem oder häufiger durch unzweckmässige Behandlung seitens des Pat. Diese reiben graue Salbe ein, aber dieselbe bewirkt Hautreizung, das Jucken besteht fort, und nun wird mit der Application der grauen Salbe fortgefahren und so das Jucken nur verschlimmert. Hier heisst es zunächst die Reste der Salbe fortzuschaffen (durch Oel!) und dann eine antiekzematöse Therapie einzuleiten. Ist aber nach zweckmässiger Behandlung der P. das Jucken noch nicht völlig geschwunden, und ist der Arzt sich nicht klar darüber, ob der Pruritus durch einige überlebende Pediculi veranlasst wird oder nur mehr rein nervös ist, so empfiehlt es sich die Einreibung von

Rp. Menthol. 2,0.
Hydrarg. bichlorat. 0,3
Spirit.
Acet. āā q. s. ad. 100,0.

Das Menthol lindert das Jucken, durch den Sublimatessig werden etwaige Reste von Pediculis beseitigt. Analog liegen die Verhältnisse bei *Pediculi capitis*. Bei empfindlicher Haut sehen wir nicht nur Kopf-, sondern auch Gesichtsekzeme entstehen, bei denen es oft nur schwer gelingt, die wahre Ursache, vereinzelte Pediculi zu entdecken. Man sollte auch da, wo diese nicht nachweisbar sind, wenn nicht eine andere Ursache eclatant zu Tage tritt, mit der Möglichkeit einer P. rechnen, die nicht nur bei den Proletariern vorkommt, sondern oft genug auch bei den obersten Zehntausend, speciell deren Kindern. Manches hartnäckige „skrophulöse“ Kopf- und Gesichtsekzem wird durch Acet. Sabadillae zum Schwinden gebracht, bei Kindern durch

Rp. Acet. Sabadill. 75,0
Aq. dest 25,0.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 13.)

**Pertussis.** **Citrophen und Oxycampher** hat Dr. M. Schreiner (kgl. paediatrische Universitätspoliklinik München) bei einer grossen Zahl von Fällen angewandt. Betreffs des ersteren gelangt er zu folgenden Schlüssen: *Citrophen* wird von allen Kindern, besonders in etwas Zuckerwasser, wegen seines limonadeähnlichen Geschmacks sehr gern genommen und gut vertragen. Eine ungünstige Einwirkung auf den Verdauungstractus wurde in keinem Fall bemerkt; wohl aber wurde das Erbrechen günstig beeinflusst, und nahm bei einzelnen Pat. während der Darreichung des Mittels, der Appetit zu. Schädliche Einwirkungen auf irgendwelche inneren Organe konnten niemals, auch bei den höchsten angewandten Dosen nicht, constatirt werden. In manchen Fällen trat eine reichlichere Schweisssecretion auf; Hautausschläge kamen nicht vor. Die Wirkung auf P. ist eine ausgezeichnete. Mit Ausnahme eines verschwindend kleinen Procentsatzes, der sich gewiss noch vermindern lässt, bewirkt Citrophen nicht nur eine erhebliche Verkürzung der Krankheitsdauer, sondern es gestaltet auch den ganzen Verlauf bei 93% der behandelten Fälle zu einem viel milderen. Die Anfälle werden innerhalb kurzer Zeit, manchmal schon in ein bis drei Tagen, erheblich seltener, kürzer und leichter. Das Erbrechen von Nahrung pflegt rasch aufzuhören, auch das Schleimbrechen verliert sich bald. Es empfiehlt sich, je nach der Intensität der Erkrankung, mit Dosen von 3mal täglich 1,5—2,0 Decigramm pro anno zu beginnen, und, wenn diese Dosis unwirksam bleibt, in kurzen Zwischenräumen auf 2,5—3,0 Decigramm pro anno, 3mal täglich zu steigen. Die meistens auch wirksame Einzeldosis von 0,7 g sollte jedoch vorläufig bei Kindern unter 8—10 Jahren nicht überschritten werden; hier ist es besser, die kleinere Dosis lieber öfters, etwa 4mal täglich, zu verabreichen. *Oxaphor* ist als 50%ige alkoholische Lösung käuflich, und zwar in drei verschiedenen Formen. Alle drei Arzneiformen, in welchen der pfefferartige Geschmack nicht bedeutend corrigirt ist, wurden in heisser Milch gegeben, die noch das beste Corrigens ist. Die einfachste Art, Oxaphor zu geben, ist jedoch, das Mittel tropfenweise (19 Tropfen = 1 g) in Zuckerwasser nehmen zu lassen. Sein Urtheil über die Verwendbarkeit des Mittels bei P. fasst Autor folgendermaassen zusammen: Zahl und Intensität der einzelnen Anfälle werden bei den meisten Pat. prompt herabgedrückt. Der Verlauf der Krankheit erfährt eine bemerkenswerthe Abkürzung, wenn auch nicht immer in dem Grade, wie

das bei Citrophen der Fall ist. Das Mittel wird nicht gern, aber auch nicht mit grossem Widerwillen genommen und meist gut vertragen; es verursacht nicht nur keine Magensymptome, sondern bessert sogar öfters den darniederliegenden Appetit. Wegen seiner Unschädlichkeit für das Herz ist Oxycampher besonders bei schweren Complicationen (Pneumonie!) zu empfehlen. Eine Combination mit anderen Mitteln, auch mit Citrophen ist zwecklos. Einzelgabe, je nach Schwere des Falles, 3mal täglich bis 3stündlich 1—3 Decigramm pro anno; eine weitere Steigerung der Einzeldosen, die ohne Bedenken erfolgen könnte, würde wahrscheinlich noch viel günstigere Resultate zeitigen.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 5—7.)

— **Aristochin** wandte Dr. H. Kittel (Mückenberg) bei einer Keuchhustenepidemie mit bestem Erfolge an. Kinder unter 1 Jahr erhielten dreimal täglich soviel cg, wie sie Monate zählten, bis zu 0,1 g, grössere bis zu dreimal täglich 0,2 mit Wasser oder Milch. Die Kinder nehmen das Mittel so stets gern, unangenehme Nebenerscheinungen zeigten sich niemals. Es wurden so 34 Kinder behandelt, bei denen stets erhebliche Verkürzung der Krankheitszeit, auffallende Steigerung des Appetites u. s. w. erzielt wurden. Frühzeitig angewandt, wirkte Aristochin direct coupirend ein.

(Therap. Monatshefte 1903, August.)

**Retroflexio uteri.** **Die Wahl der Behandlungsmethoden bei R. unter besonderer Berücksichtigung der subjectiven Beschwerden,** so lautet ein Artikel von Prof. Winternitz (Stuttgart). Derselbe tritt der Frage näher, inwieweit die subjectiven Beschwerden und Klagen bei vorhandener R. mit dieser Lageveränderung in Zusammenhang zu bringen sind, und welchen Einfluss dieselben auf die Wahl des einzuschlagenden therapeutischen Verfahrens haben. Autor unterscheidet da *4 verschiedene Gruppen.* Zur *ersten* gehörigen ledige Pat. und verheirathete Nulliparen, bei denen man eine R. mobilis ohne weitere Complicationen findet. Gewöhnlich sind diese Pat. schon von verschiedenen Aerzten untersucht worden und wissen, was ihnen fehlt. Sie klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen, aber auch über mannigfache andere Beschwerden, die man nur als „nervös" bezeichnen kann. Der kleine retroflectirte Uterus, den man findet, kann unmöglich für alle diese Klagen verantwortlich gemacht werden. Früher glaubte man diese Pat. durch ein Pessar oder einen operativen

Eingriff heilen zu können. Die Erfahrung hat aber gelehrt, dass hierdurch kein Erfolg erzielt wird. Während einerseits trotz normaler Lage des Uterus die alten Beschwerden noch vorhanden sind, ist andererseits bei manchen Pat. subjective Besserung zu constatiren, obgleich der Uterus wieder sich in Retroflexionsstellung befindet. Es können also die Beschwerden nicht ihre Ursache in der R. haben, es war nur der psychische Eindruck der Behandlung gewesen, der eine, leider gewöhnlich nur kurz anhaltende, Besserung erzielte. Es soll hier also mehr die Neurasthenie resp. Hysterie maassgebend für die Behandlung sein. Am besten ist es, diesen Pat. gar nichts von ihrer R. zu sagen, zumal locale Behandlung eher verschlimmernd einwirkt, operative Therapie die Beschwerden meist nicht lange verschwinden lässt. Diese Pat. gehören dem inneren Mediciner, der durch allgemeine Behandlung am besten hilft. Allerdings muss ausser der R. jeder pathologische Process wirklich ausgeschlossen sein. Der *2. Gruppe* gehören die Pat. an, die geboren haben. Der Uterus ist retroflectirt, der Beckenboden gut erhalten, Complicationen fehlen. Trotzdem kann man sich hier des Eindruckes nicht erwehren, dass die Klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen auf die R. zurückzuführen sind, besonders in den Fällen, wo der Uterus vergrössert ist, denn die Beschwerden verschwinden, nachdem der Uterus in Anteflexionsstellung gebracht worden ist. Freilich ist auch hier die Suggestion bei der Beurtheilung des Erfolges zu berücksichtigen, aber um hysterische Pat. handelt es sich hier nicht. Für diese verhältnissmässig seltenen Fälle kommen Pessarbehandlung resp. operative in Betracht. Zur *3. Gruppe* sind Pat. zu rechnen, die mehrfach geboren haben, und bei welchen infolge eines Dammrisses oder Erschlaffung des Beckenbodens ein Descensus resp. eine Inversion der Scheidenwände entstanden ist. Nicht selten wurde die erste Geburt durch Zange beendet. Die Pat. klagen über Druck und Drang nach abwärts, über das Gefühl, als ob alles nach unten herausfallen wolle. Der Erfolg der Behandlung lehrt, dass in den meisten dieser Fälle die R. als solche in den Hintergrund tritt, und dass bei der Wahl der Behandlung nur der Descensus vaginae in Frage kommt. Legt man einfach einen runden Celluloidring ein, so sind die Beschwerden behoben, wenn auch R. weiter besteht. Autor hat hier mit den Schultze'schen Celluloidringen bessere Resultate erzielt, als mit Hodgepessaren. Bei Pat. von *Gruppe 4* ist die R. complicirt mit

Endometritis, Fixation des Uterus, Adnexerkrankungen u. s. w. Auch hier tritt die R. selbst in den Hintergrund, die Beschwerden rühren hauptsächlich von den Complicationen her, und diese bedürfen einer Behandlung, wohl meist operativer. (Therap. Monatshefte 1903, August.)

— Die **Entstehung einer R. durch Unfall** erläutert Prof. Dr. Thiem (Cottbus) an einem Gutachten: „Bei der jetzt 34 Jahr alten, am 29. Juni 1903 von mir untersuchten Häuslersfrau Christiane D. aus Br. ergiebt die Untersuchung das Vorliegen einer mässigen Rückwärtslagerung der Gebärmutter, die dabei leidlich beweglich ist. Nennenswerthe entzündliche Erscheinungen fehlen an ihr und der Umgebung. Die Entstehung dieser Rückwärtslagerung durch den Unfall vom 20. April 1903 halte ich nach Art des Unfalles und dem Eintreten einer Gebärmutterblutung ausser der Zeit (die Monatsblutung war etwa acht Tage vorher beendet) für wahrscheinlich. Frau D. ging am genannten Tage Morgens gegen 7 Uhr eine Treppe hinab, in der rechten, seit der Jugend etwas schwachen Hand ihre mit Heu gefüllte Schürze haltend, als ihr die Füsse vorn von den Treppenstufen ausrutschten. Um das drohende Vornherunterfallen zu verhüten, gab sie sich einen Ruck nach hinten und griff mit der linken Hand nach dem Treppengeländer. Sie fiel dabei unter einem starken Ruck auf das Gesäss und hintenüber und fühlte einen heftigen Schmerz im Unterleib. Sie stieg dann langsam und vorsichtig die Treppe herab, entleerte ihre Schürze im Stall und ging nach der Wohnstube. Hier fühlte sie beim Sitzen, dass ihre Strümpfe feucht wurden. Beim Hinsehen bemerkte sie, dass das Bein voll Blut gelaufen war und, ‚da sie Blut nicht sehen kann, wurde sie ohnmächtig‘, weshalb ihr Mann den Arzt durch einen radfahrenden Boten herbeiholen liess. Der Arzt, Herr Dr. U., kam gegen Abend und stellte, wie er Bl. 2 der Acten bekundet hat, die Gebärmutterblutung fest. Nachher erkrankte Frau D., seiner Bescheinigung nach, unabhängig vom Unfall an Influenza, deren Erscheinungen nicht weiter beschrieben werden. Frau D. erzählt, dass es sich um mehrere Wochen andauernde Schwäche und anhaltende Appetitlosigkeit und Uebelkeit mit zeitweiligem Erbrechen gehandelt habe. Nach 5 Wochen stand sie wieder auf, die aussergewöhnliche Blutung hielt 2 bis 3 Tage an; die gewöhnliche blieb im Monat Mai aus und hat sich erst wieder Ende Juni in der üblichen Weise, 3 Tage lang mit mässigem Blutver-

lust gezeigt. So stellte sich die Blutung, abgesehen von den Zeiten der Schwangerschaft, seit dem 18. Lebensjahre — bis dahin war Pat. stark bleichsüchtig — alle vier Wochen regelmässig ein. Die drei Schwangerschaften und Wochenbetten, die sie vor 13, 10 und 8 Jahren durchgemacht hat, verliefen leicht und regelmässig. Unrichtige Wochen hat sie nicht überstanden und Unterleibsbeschwerden angeblich nie gehabt. Jetzt hat sie Schmerzen in der Unterbauchgegend beiderseits bei schwerem Heben und längerem Umhergehen. Zu bemerken ist noch, dass die Untersuchung der Scheide durch den Spiegel mässige Lockerung der Scheidenwände und rechts vom Muttermund eine wallnussgrosse Blase im Scheidengewölbe, eine sogenannte Schleimhautcyste der Scheide erkennen lässt. Diese ist sicher nicht durch den Unfall entstanden. Dagegen ist es, wie erwähnt, sehr wahrscheinlich, dass das gewaltsame Hintenüberfallen bezw. -werfen bei starker Anspannung der Bauchmuskeln eine gewaltsame Lageveränderung der Gebärmutter unter Blutung aus derselben herbeigeführt hat. Es ist nicht anzunehmen, dass Frau D. schon vor dem Unfall an einer Beschwerden verursachenden Rückwärtslagerung der Gebärmutter gelitten hat. Ich empfehle der Berufsgenossenschaft, die operative Beseitigung der Scheidencyste, vornehmen zu lassen, obwohl diese vom Unfall nicht herrührt, da sonst nicht an das zur Beseitigung der Lageveränderung zu denkende Einlegen eines Scheidenringes herangegangen werden kann. Der Eingriff ist ein sehr einfacher, ohne Chloroformbetäubung vorzunehmender. Zunächst ist Frau D. durch die Unfallfolgen meiner Ansicht nach um 20 Proc. in der Erwerbsfähigkeit geschädigt."

(**Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 8.**)

**Rheumatismen.** Einen **Beitrag zur Entstehung von Gelenkrheumatismus nach stumpfen Verletzungen** liefert Dr. Kühne (Heilanstalt von Prof. Thiem, Cottbus). Im Allgemeinen nimmt man heutzutage dann einen Zusammenhang zwischen Gelenkrheumatismus und Unfall an, wenn

1. das vom Unfall betroffene Gelenk zuerst von der rheumatischen Entzündung ergriffen wird,
2. wenn das verletzte Gelenk zwischen erlittener Quetschung bis zum Auftreten des Gelenkrheumatismus nicht schon wieder gesund gewesen ist,
3. wenn kein allzugrosser Zeitraum zwischen Unfall und Auftreten des Gelenkrheumatismus liegt.

Von den bis jetzt bekannten 46 Fällen ist bei 34 der

Gelenkrheumatismus in den ersten 10 Tagen entstanden; der längste Zwischenraum betrug $6^1/_2$ Monate. Bei Kühne's Fall handelt es sich um einen 54jährigen Arbeiter, der beim Absteigen von seinem Wagen an dem Trittbrett (1 m über dem Erdboden) mit dem Fusse hängen blieb und mit der linken Körperseite auf das Steinpflaster aufschlug. Er verspürte so heftige Schmerzen, dass er sich nicht mehr allein erheben konnte und nach Hause transportirt werden musste. Besonders schmerzhaft waren linkes Knie-, Hüft- und Schultergelenk, welche auch bald anschwollen. Nach 14 Tagen merkte Pat., dass auch das rechte Schultergelenk anzuschwellen und zu schmerzen begann, und dass er den rechten Arm im Schultergelenk nicht mehr ordentlich erheben konnte. Er sagte es dem Arzte, der aber keinen Werth darauf legte. Etwa 5 Wochen verblieb Pat. im Bett, dann versuchte er mittelst Krücke zu laufen. Wegen der verbliebenen Versteifungen wurde Pat. der Anstalt überwiesen. Das linke Bein wurde wegen Schmerzen im Hüftgelenk nicht so weit wie das rechte gebeugt, namentlich waren aber die Drehungen des Beines um die Längsachse nach innen und aussen erheblich eingeschränkt. Es fanden sich weiter die Zeichen einer traumatischen Ischias am linken Bein (Druckpunkte, Dehnungsphaenomen, Abschwächung des Achillessehnenreflexes). Beweglichkeit des linken Knie- und Fussgelenks regelrecht. Der linke Arm konnte im Schultergelenk annähernd regelrecht gehoben werden, auch die drehenden und kreisenden Bewegungen waren nicht eingeschränkt, doch nahm man bei allen Bewegungen im linken Schultergelenk leise Reibegeräusche wahr. Der rechte Arm (also *nicht* verunglückte Seite!) konnte im Schultergelenk nur so weit erhoben werden, dass er mit dem Rumpf einen Winkel von noch nicht 90° bildete; drehende und kreisende Bewegungen stark eingeschränkt, namentlich bei letzteren Bewegungen deutliche Reibegeräusche wahrnehmbar. Bei allen Bewegungen im rechten Schultergelenk bewegte sich der Oberarmkopf in der Schultergelenkpfanne nur wenig, der grösste Theil des Bewegungsausschlags wurde durch die Drehung des Schulterblattes bewirkt. Drehung des rechten Vorderarms um seine Längsachse nach aussen (Supination) nur zu $^3/_4$ des Regelrechten ausführbar. Die übrigen Bewegungen in den Gelenken des rechten Armes ohne Einschränkungen. Der rechte Oberarm gegenüber dem linken einen Minderumfang von $^1/_2$ cm; Umfang beider Unterarme gleich. — Da das rechte Schultergelenk vor

dem Unfalle gesund gewesen ist (mit einem so wie jetzt versteiften Gelenk hätte Pat. seinen Posten als Brodfahrer nicht versehen können), so lässt sich die gefundene Versteifung nur durch die Annahme erklären, dass sich eine rheumatische Entzündung in dem Gelenk 14 Tage nach dem Unfall eingestellt hat. Das Auftreten von Schwellungen und Schmerzen im Knie-, Hüft- und Schultergelenk der linken Seite und nach 14 Tagen auch im rechten Schultergelenk spricht für multiplen Gelenkrheumatismus. Derselbe ist dann, da schwere acute Erscheinungen sich nicht einstellten, bald in die chron. Form übergegangen und deswegen von dem behandelnden Arzte nicht beachtet worden. Es zeigt dieser Fall, dass ein Arzt, welcher Versteifungen in den Gelenken findet, welche nicht unmittelbar von dem Unfall betroffen worden sind, stets an die Möglichkeit eines traumatischen Gelenkrheumatismus denken muss. Es muss dann der Unfall auch für die Versteifung dieser Gelenke verantwortlich gemacht werden, wenn obige drei Bedingungen erfüllt sind.

**(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 6.)**

— Ueber einen **Fall von eigenartiger Augenentzündung im Anschluss an Gelenkrheumatismus** berichtet Augenarzt Dr. Stern (Cassel). Dass eine Iritis gar nicht selten mit Rh. im Zusammenhang steht, ist ja bekannt. Obiger Fall zeichnete sich nun dadurch aus, dass es gar nicht zur vollständigen Ausbildung einer Iritis kam, wodurch er gewisse Schwierigkeiten in der Deutung bereitete. Autor wurde von einer Dame consultirt, die seit einigen Tagen eine Entzündung des rechten Auges und starke Schmerzen hatte. Leichte Schwellung und Röthung beider Lider, Conjunct. palpebr. oben und unten stark geschwollen und geröthet, Conjunct. bulbi stark injicirt; unter der oberflächlichen conjunctivalen Injection eine blaurothe ciliare Injection; Hornhaut frei, keine Praecipitate auf der Descemetis, keine sichtbare Hyperaemie der Iris, keine hinteren Synechieen. Die Einseitigkeit der Affection liess zunächst an eine traumatische Ursache oder an ein Thränensackleiden denken, aber beides liess sich sofort ausschliessen. Es handelte sich scheinbar nur um einen stärkeren Bindehautkatarrh, bei dem aber die tiefe Ciliarinjection sowie die heftigen Schmerzen in und über dem Auge auffielen. Es stellte sich nun heraus, dass Pat. seit Monaten an schwerem, immer wieder recidivirendem Gelenkrheumatismus litt. Adstringentien zeigten wenig Erfolg. Autor versuchte

dann Atropin, einmal, um die Schmerzen zu bekämpfen, und dann, weil die tiefe Ciliarinjection trotz des Fehlens anderer Symptome immer wieder auf eine Betheiligung der Uvea hinwies. Die Pupille erweiterte sich, aber Schmerzen und Röthung bestanden fort. Jetzt wurde Aspirin, das Pat. schon vorher genommen, wieder in grösseren Dosen (6×0,5 g pro die) ordinirt unter gleichzeitiger Schwitzcur, und da besserte sich der Zustand, um bald in Heilung überzugehen, nachdem der Process ca. 3 Wochen gedauert. Der Fall mahnt uns, in Fällen, wo wir eine tiefere Augenentzündung finden, ohne dass die ausgesprochenen Symptome einer Iritis oder Iridocyclitis vorhanden sind, doch an eine constitutionelle Ursache zu denken. Diese Fälle kommen eben gelegentlich in der Praxis vor, und man ist gewöhnlich im Dunklen darüber, was die Ciliarinjection zu bedeuten hat. Auch Groenouw sah einen Fall, wo sich auf Grund einer rheumatischen Disposition eine rudimentäre Iritis entwickelte; neben Injection der Augapfelbindehaut fand sich nur eine Trübung des Kammerwassers, welche auf die Betheiligung der Iris hinwies.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 27. August 1903.)

— **Mesotan** wandte Dr. A. Frankenburger (Nürnberg) bei Rh. mit sehr befriedigendem Erfolge an. Besonders bei acuten Rh. bewährte sich das Mittel sehr gut, aber auch bei chron. Fällen und bei rheumatischen *Neuralgieen* bewährte es sich. Zu bedauern ist, dass es bisweilen (auch in Mischung mit Ql. Olivar.) die Haut stark reizt, und dass es noch recht theuer ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 30.)

— **Rheumatin** hat Dr. J. Sigel (Augusta-Hospital Berlin) in ca. 40 Fällen von acutem und chron. Gelenkrheumatismus angewandt und war mit den Erfolgen durchaus zufrieden. Das geruch- und geschmacklose Pulver wurde von den Pat. gern genommen und gut vertragen; es machte fast nie unangenehme Nebenerscheinungen, wenn es zu 3—4 g täglich gegeben wurde. Bei acutem Gelenkrheumatismus wirkte es specifisch; die Temperatur fiel, namentlich in leichten und mittelschweren Fällen, acut ab, die Schmerzen liessen sehr bald nach, die Schwellungen gingen zurück. Oftmals zeigte sich eclatante Wirkung in Fällen, die wochenlang anderen Salicylpräparaten getrotzt. Freilich gab es auch Fälle, die letzteren wichen, auf Rheumatin

aber nicht reagirten. Auch bei chron. Gelenk- und Muskelrheumatismen zeigte Rheumatin meist prompte Wirkung. Autor hält seine Anwendung für angezeigt:

1. In allen Fällen von acutem Gelenkrheumatismus, besonders in denen, die bereits mit ausgeprochenen Complicationen von Seiten des Herzens und der Nieren in Behandlung kommen. Gehen aber nach mehrtägigem Gebrauch Temperatur, Schmerzen und Schwellungen nicht zurück, so sehe man von weiterer Anwendung ab.
2. In den Fällen von acutem Gelenkrheumatismus, in denen andere Präparate schlecht oder überhaupt nicht vertragen werden.
3. In den subacut und chronisch verlaufenden Fällen von Muskel- und Gelenkrheumatismus, in denen es darauf ankommt, die Medication zu wechseln event. um den durch Salicylsäure oder Aspirin erreichten Erfolg auf der Höhe zu halten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 31.)

— Auf einen von Dr. Lübcke (Schmiedeberg) hergestellten **combinirten Extract aus Eisenmoor, Eichenlohe und Fichtennadeln** macht Dr. E. Beseler (Berlin) aufmerksam. Es werden aus der in Bad Schmiedeberg vorhandenen Eisenmoorerde sämmtliche löslichen Stoffe vollständig extrahirt und der Auszug verstärkt durch den Zusatz von ohnehin schon im Eisenmoor enthaltenen Salzen; durch fernere Abkochung mit Eichenrinde und frischen Fichtennadeln wird nicht nur die Wirkung eines kräftigen Moor- und Lohebades erreicht, sondern durch den reichlichen Gehalt an Fichtelnadelextract eine günstige Anregung der Hautnerven erzielt. 1 Liter dieses Extracts zu einem Vollbade gethan, dessen Dauer auf mindestens ½ Stunde ausgedehnt wird, übt eine sehr gute Wirkung aus, vorzüglich auf *rheumatische* und *gichtische* Leiden. Auch bei Rückständen exsudativer Entzündungen des Brust- und Bauchfells, nach Verstauchungen und Knochenbrüchen, bei verschiedenen Nervenleiden rheumatischen Ursprungs (vor allem Ischias), bei Frauenleiden etc., sind solche Bäder indicirt. Auch locale Bäder mit ¼—⅓ Liter Zusatz werden bei rheumatischen und gichtischen Beschwerden an Händen, Füssen, Armen, gute Dienste leisten, desgleichen Umschläge mit dem Extract bei schmerzhaften und geschwollenen Gelenken. Der 1 Literkrug des Extracts kostet M. 2.—. (Die Krankenpflege, Juli 1903.)

**Syphilis.** Eine von Dr. M. Lauterbach (Wien) beschriebener **Fall von Nierensyphilis** zeigt, wie sehr man diagnostischen Schwierigkeiten dabei namentlich in späteren Stadien der S. begegnen kann, zumal wenn Albuminurie das einzige Zeichen der S. darstellt, sonstige Manifestationen aber fehlen. Der 40jährige verheirathete Mann gab an, stets gesund gewesen zu sein, bis auf eine in der Jugend überstandene Augenkrankheit. Rechtes Auge normal; am linken Atrophia bulbi mit gürtelförmiger Trübung der Hornhaut, Vortreibung der Iris u. s. w. An der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten keine Veränderungen, Lymphdrüsen nicht vergrössert. Pat. klagt über starke Kopfschmerzen, die ihn zur Arbeit unfähig machen. Im Harn grössere Mengen Eiweiss. Da für die Kopfschmerzen eine andere Ursache nicht zu eruiren war, mussten sie als uraemische gedeutet werden. Pat. ging einige Wochen aufs Land, wo er sich einer strengen Milchcur unterzog und warme Bäder nahm, aber die Kopfschmerzen blieben, und auch der Eiweissgehalt des Harns blieb nach der Cur ein beträchtlicher. Eines Tages erschien Pat. wieder mit einer diffusen, wenig erhabenen, an der linken Stirnseite befindlichen Geschwulst. Diese markirte sich nach etlichen Tagen schärfer und wurde elliptisch. Der taubeneigrosse Tumor fühlte sich hart an. Nach 14 Tagen entwickelte sich in seiner Nähe eine kleinere Geschwulst. Nunmehr Einleitung einer specifischen Cur. Die Gummen wurden allmählich resorbirt, sodass in der 4. Einreibungswoche von ihnen nichts mehr zu sehen war. Die Kopfschmerzen, die monatelang den Pat. gequält und arbeitsunfähig gemacht, hörten nach 8 Tagen auf, Pat. nahm an Körpergewicht zu, und der Harn wurde zusehends ärmer an Eiweiss, 7 Wochen nach beendeter Inunctionscur und Jodkaligebrauch war er ganz frei davon. Das Wohlbefinden des Pat. ist ein anhaltend gutes. Der Fall lehrt, dass man bei Albuminurie, wenn die gewöhnliche Behandlung fruchtlos ist, auch an Nierensyphilis zu denken hat. Hätte man hier nach erfolgloser Milchcur sofort antiluetisch behandelt und nicht erst gewartet, bis die Gummen kamen, so wäre Pat. die quälenden Schmerzen viel eher los geworden.

(Medicin. Blätter 1903 No. 30.)

— Ueber die **Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei hereditär Syphilitischen** hat Prof. E. v. Hippel (Augenklinik Heidelberg) Nachforschungen angestellt. Er durchforschte sein Material von Keratitis parenchymatosa mit sicherer

aetiologischer Syphilis (auch sonstige Zeichen von Lues!) und fand unter 77 derartigen Fällen 43 (= 56%) auch mit Gelenkerkrankungen behaftet. 41 mal war das Kniegelenk ergriffen, und zwar 35 mal ohne, 6 mal mit gleichzeitiger Betheiligung anderer Gelenke. (4 mal Ellenbogen-, 2 mal Handgelenk, 1 mal Fingergelenk), 1 mal nur das Ellenbogengelenk, 1 mal „mehrere Gelenke". Die Kniegelenkserkrankung bestand 3 mal in starken Schmerzen, 1 mal war lautes Krachen bei Bewegungen zu hören, 1 mal fanden sich multiple, mit dem Knochen verwachsene Narben (früher wohl eitrige Gelenksentzündung mit Fistelbildung), 36 mal war starke Schwellung des Gelenks vorhanden, oder besser gesagt: der Gelenke, da fast stets beide Gelenke angeschwollen waren. Man kann also sagen: *In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war die beobachtete Krankheit ein doppelseitiger Kniegelenkserguss.* Derselbe zeigte sich am häufigsten bei Kindern von 6 bis 10 Jahren, mehrfach aber auch bei jüngeren und bei Individuen bis in die 20er Jahre hinein. Fast stets ging die Gelenkerkrankung der Keratitis vorauf. Darin liegt eine wesentliche Erschwerung der Diagnose, da die Keratitis ein werthvolles diagnostisches Merkzeichen wäre. Liegt aber einfacher Gelenkshydrops bei einem sonst scheinbar gesunden Individuum vor, so wird S. nur diagnosticirt werden, wenn man von vornherein diese Möglichkeit ins Auge fasst, genau danach forscht und auch event. bei fehlender Sicherheit Jodkali giebt, dessen Erfolg vielleicht noch nachträglich die Diagnose stellen lässt. Die grosse Mehrzahl dieser Gelenkerkrankungen hat ja allerdings etwas Typisches und differentialdiagnostisch verwerthbare Eigenthümlichkeiten gegenüber tuberculösen, gonorrhoischen und acut-rheumatischen Erkrankungen: Wenn auch eitrige Processe und das Bild des sogen. Tumor albus vorkommen, so handelt es sich doch in den allermeisten Fällen um einen einfachen serösen oder serofibrinösen Kniegelenkserguss, der doppelseitig ist, ohne Trauma entsteht, wenig oder gar kein Fieber macht, auffallend geringe subjective Störungen hervorruft und meistens, namentlich bei specifischer Therapie, ausheilt, ohne bleibende Veränderungen zu hinterlassen. (Münchener med Wochenschrift 1903 No. 31.)

— **Beiträge zur hereditären Spätsyphilis** liefert Prof. Dr. Jordan (Heidelberg). Er theilt zwei interessante Fälle mit. Beim ersten handelt es sich um einen 22jähr. Officier, der bisher gesund und kräftig war, in der frühesten Kindheit

keinerlei Zeichen von S. darbot und jetzt keine Residuen irgendwelcher gröberen Affection zeigt. Im 22. Jahre stellte sich als erstes Symptom der doppelseitige Hydrops genu ein, ohne vorhergegangenes Trauma. Für Tuberculose oder Gelenkrheumatismus sprach nichts, für S. das allmähliche doppelseitige Auftreten des Ergusses, die geringe Schmerzhaftigkeit und Functionsstörung, das Fehlschlagen der consequent durchgeführten üblichen Behandlung, dagegen der Erfolg der specifischen. Auch aus der Anamnese ging hervor, dass hier hereditäre S. im Spiel war. Der Fall war ein typisches Beispiel einer hereditären Spätlues und gleichzeitig eine jener seltenen Beobachtungen von hereditärer Spätlues mit einer einzigen Localisation. Beim Fall 2 handelt es sich um eine doppelseitige, von den Gelenkenden ausgehende exsudative Gonitis, combinirt mit Keratitis parenchymatosa, bei einem 5jährigen Kinde. Die Kniee waren geschwollen, die Knochenenden stark verdickt. Die Kniegelenksentzündung imponirte wegen ihres Auftretens unter Fieber, wegen Fehlens sonstiger Zeichen einer constitutionellen Erkrankung, als rheumatische. Die Keratitis führte auf die Diagnose, die dann auch durch den negativen Ausfall der antirheumatischen und den positiven Erfolg der antiluetischen Behandlung, sowie durch genauere Erforschung der Anamnese erhärtet wurde, welche die Abstammung von syphilitischen Eltern unzweifelhaft machte. Aus den mitgetheilten Beobachtungen geht hervor, dass wir bei Knieegelenksentzündungen, insbesondere bei doppelseitigen, nicht nur im Kindesalter, sondern auch bei jugendlichen Erwachsenen aetiologisch auch mit der Möglichkeit hereditärer S. rechnen müssen. In diagnostisch zweifelhaften Fällen, sowie in Fällen, bei denen die gebräuchliche Therapie versagt, ist daher ein Versuch mit antiluetischer Behandlung gerechtfertigt und geboten. Diese Behandlung muss sehr energisch und lange durchgeführt werden, da die hereditär syphilitischen Affectionen auf Hg und Jodkali oft nicht so prompt reagiren, wie die acquirirten.

(Ibidem.)

— Die **Behandlung der S. mit Jodklysmen** empfiehlt Prof. Dr. M. v. Zeissl (Wien). Bei Pat., die Jod per os nicht vertragen, applicirte Autor dasselbe bisher subcutan, indem er dazu eine filtrirte Lösung von 1 g Jodlithium auf 1 g Wasser benützte. Noch bequemer ist aber die Application per Klysma. Autor verschreibt 2 g Jodnatrium oder Jodlithium auf 30 g Wasser, fügt 5 Tropfen Tinct. Opii

simpl. hinzu und injicirt dies Quantum auf einmal durch einen Nélaton-Katheter, um es über den Sphincter ani internus zu bringen, ins Rectum, wo es sehr rasch resorbirt wird. Er ging bisher so in 12 Fällen, wo das Jod per os absolut nicht vertragen wurde, vor, und konnte anstandslos so Jodnatrium durch lange Zeit appliciren. Die Rückbildung der Syphiliserscheinungen erfolgte dabei in gewohnter Weise. Auch für die Frühformen der S. bewährt sich Jod als ausgezeichnetes Heilmittel. Auch Iritiden sah Autor unter gleichzeitiger Atropinisirung bei ausschliesslicher Jodbehandlung heilen. Freilich wirkt Jod langsamer, als das energische Hg. Bei einem Pat., der nach Verabreichung von Mercur per os, oder Injectionen oder Einreibungen oder von Jod per os jedesmal von heftigen Kolikschmerzen befallen wurde, ferner bei einer Frau, die immer nach 1 g Jod per os heftiges Kopfweh, Schwindel und Schnupfen bekam, blieben diese Erscheinungen nach rectaler Application von Jod vollständig aus.

(Die ärztliche Praxis, 15. August 1903.)

**Trichophytiasis capitis.** Die Behandlung mit **Chrysarobin** führt Dr. Menahem Hodara (Constantinopel) seit 2 Jahren durch, indem er verordnet:

Rp. Chrysarobin. 2,5—5,0
Chloroform.
Glycerin. aa q. s. ad 50,0.

Zuerst werden die Haare ganz glatt geschnitten. Bestehen nur ein oder zwei Plaques, so wird von obiger Lösung nur auf diese aufgetragen; sind aber über den ganzen Kopf zerstreut kranke Stellen, so bepinselt Autor die ganze Kopfhaut damit, und zwar 2—4 und mehr Tage täglich einmal, je nach der Schwere des Falles. Man hört auf, sowie sich mässige Reizung, Röthung und Oedem zeigen, wobei man sofort das Chrysarobin sorgfältig mittelst Olivenöls zu entfernen und 2—6 Tage zu warten hat, bis die Reizung ganz vorüber ist. Dann reinigt man den Kopf mit Seife und beginnt die Behandlung von neuem, und so fort bis zur völligen Heilung, die meist in 4—5 Monaten erfolgt, während welcher Zeit die nachwachsenden Haare immer wieder kurz geschnitten werden müssen. Nach wiederholter Behandlung mit Chrysarobin bilden sich auf den Plaques kleine lamellöse, gefärbte Schuppen und in den Follikelöffnungen eine Art von Comedonen, schliesslich, wenn die Heilung anfängt, kommt es an den kahlen Stellen zur Bildung feiner Härchen, die allmählich kräftiger

werden, sich pigmentiren und wachsen. Aber noch wenn die Heilung schon in vollem Gange ist, muss man die Behandlung noch 1 Monat fortsetzen, damit die Heilung vollständig und von Dauer ist.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 37 No. 3.)

**Tuberculose.** **Larynxpolyp und Lungentuberculose,** unter diesem Titel publicirt Privatdoc. Dr. Friedel Pick (Prag) einen Fall, welcher zeigt, welch innige Beziehungen zwischen einem Athmungshinderniss und einem tuberculösen Lungenprocess bestehen können. Ein hereditär belasteter Pat. hat seit 8 Jahren einen grossen Schleimhautpolypen, dazu ein Kehlkopfulcus und ziemlich vorgeschrittene Phthise; im Auswurf reichlich Tuberkelbacillen. Es wird der Tumor exstirpirt. Das Kehlkopfgeschwür heilt, der Lungenbefund bleibt zunächst derselbe. Pat. erhält Creosotal mit, doch erschien die Prognose recht infaust. Als sich Pat. nach $^3/_4$ Jahr wieder zeigte, war Autor überrascht über den günstigen Befund: das einstige Geschwür war weg, an seiner Stelle sah man eine leichte narbige Einziehung, die objective Untersuchung der Lungen ergab erhebliche Besserung, Pat. fühlte sich auch wohl und sah viel kräftiger aus. Dies günstige Resultat besteht auch jetzt, $1^3/_4$ Jahre post operat., noch fort. Die Entfernung des Athmungshindernisses musste hier die Möglichkeit für die Umwandlung des Krankheitsprocesses geschaffen haben.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

— Ueber **Gujasanol** schreibt Dr. Fr. Schäfer: „In der ersten Nummer der Münch. med. Wochenschr. 1900 berichtete Prof. Dr. Einhorn über ein neues, im Wasser leicht lösliches Guajacolpräparat, das salzsaure Diaethylglykokollguajacol oder Gujasanol. Dieses ist das einzige leicht lösliche Guajacolpräparat, das im Körper Guajacol abspaltet, es ist gänzlich ungiftig, nicht ätzend, leicht resorbirbar und wirkt anaesthesirend, antiseptisch und desodorisirend. Schon seit mehreren Jahren wurden damit in der medicinischen, chirurgischen wie laryngologischen Universitätspoliklinik zu München, sowie in der Privatpraxis meines Chefs, des Herrn Prof. Dr. Schech, Versuche angestellt. Durch alle seine Vorzüge gegenüber den anderen Creosotguajacolpräparaten waren die Erwartungen, welche auf das Gujasanol gesetzt wurden, sehr hohe — kann es doch in grösseren Dosen subcutan verabreicht werden —, so dass man hoffte, nun ein direct vom Blute aus wirken-

des Mittel gegen den Tuberkelbacillus zu besitzen. Als aber diese Hoffnung sich bald als zu hoch geschraubt erwies, ging es mit dem Gujasanol fast wie mit dem Creosot, das ebenfalls zuerst für eine Art Panacee gegen die Tuberculose begrüsst, später aber sehr unterschätzt wurde, um schliesslich doch wieder an Ansehen zu gewinnen. Neben vielen negativen Resultaten, besonders in schwereren Fällen, wurden im Laufe der Jahre noch immer wieder einige ganz glänzende Resultate mit dem Gujasanol erzielt; so heilten einige floride Kehlkopf-(Lungen-)phthisen ohne jede örtliche Behandlung in kurzer Zeit unter dem Einfluss des Präparates. Schwere tuberculöse Knochenerkrankungen, die seit langem jeder Therapie trotzten, heilten unter Gujasanolbehandlung zusehends. Bei einigen Fällen von schwerer Sepsis, die schon lange Zeit hoch fieberten, trat bei Darreichung von Gujasanol in wenigen Tagen Entfieberung ein, während andere Fälle unbeeinflusst blieben. Infolgedessen wurde doch immer wieder zu dem Mittel zurückgegriffen und heute steht schon sicher fest, dass wir im Gujasanol ein Creosotpräparat besitzen, das mindestens den übrigen Creosot-Guajacolpräparaten ebenbürtig zur Seite steht und sie infolge seiner Löslichkeit und seiner Ungiftigkeit (ein Patient nahm aus Irrthum lange Zeit täglich 36 g ohne jede Störung) sogar zu übertreffen scheint. Unbillige Forderungen, welche man an seine Wirkung stellen sollte, vermag es freilich ebensowenig wie irgend ein anderes Creosotpräparat zu erfüllen, hingegen wird man vom Gujasanol niemals enttäuscht werden, wenn man von ihm nur das erwartet, was ein Creosotpräparat überhaupt zu leisten vermag, das ist die Entfaltung einer geringen antiseptischen Wirkung auf die Tuberkelbacillen und einer besonders günstigen Wirkung als Stomachicum und Darmantisepticum. Ein endgültiges Urtheil über ein derartiges Präparat zu fällen, wird erst nach den Erfahrungen eines noch weit grösseren Zeitraums möglich sein, immerhin wäre bei den vielfachen günstigen Resultaten eine allseitige Prüfung des absolut unschädlichen Mittels sicher angezeigt, besonders von klinischer Seite aus, bei der die Kranken einer exacten Beobachtung viel besser zugänglich sind, als in ambulatorischer Behandlung der Poliklinik, aber auch der praktische Arzt wird gern zu dem Mittel greifen, da die Tuberculose so wie so medicamentös so wenig zu beeinflussen ist und weil das Gujasanol gegenüber den schwer löslichen anderen Guajacolpräparaten zweifellos viel besser ausgenützt wird.“ (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

**Tumoren.** **Ein in die Decidua eingebettetes und mit den Eihäuten ausgestossenes Fibromyom** sieht man ungemein selten. Dr. C. Knoop (Frauenklinik, Kiel) machte eine solche Beobachtung bei einer 42jährigen IV para. Die Geburt verlief innerhalb 6 Stunden völlig normal, das Kind war lebensfrisch, die Nachgeburtszeit verlief bei sehr geringem Blutverlust. Die Placenta wurde unter ganz leichter Nachhülfe durch den Credé'schen Handgriff ¾ Stunden nach Geburt des Kindes entfernt. An den Eihäuten fand sich nun eine taubeneigrosse, mächtig derbe, ovoide Geschwulst, in der hohen Wand der Eihäute, und zwar 17 cm vom Placentarrande entfernt sitzend und offenbar mit den Eihäuten recht fest verbunden. Es handelte sich, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, um ein junges, wohl sicher erst in der Schwangerschaft entstandenes Fibromyom. Der Ort der Entstehung war nicht mit absoluter Sicherheit festzustellen, man musste aber annehmen, dass es Fasern waren, welche, aus dem Massiv der Uterusmuskulatur hervortretend, in die unteren Schleimhautschichten ausstrahlen. So wird am einfachsten erklärt, wodurch die innige Verbindung der Geschwulst mit der Decidua bedingt war, jener eigenthümliche Ausstossungsmechanismus zustande kam. Zur Lockerung der Geschwulst in ihrem Bett in der Gebärmutterwand trugen ja gewiss auch die Schwangerschaftshyperaemie und die oedematöse Durchtränkung der Uterusmuskulatur bei.

**(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 21.)**

— Einen **Beitrag zur Aetiologie des Carcinoma vaginae** liefert Dr. G. W. Maly (Stefan-Hospital, Reichenberg.) 67jährige Frau bekam wegen Senkungsbeschwerden von einem Arzte vor 39 Jahren ein ringförmiges Pessar aus weichem Kautschuk eingelegt, das sie bis jetzt ununterbrochen trug, auch selbst wechselte und reinigte in mehrmonatlichen Pausen. Zum Zwecke der leichteren Entfernung wurde das Pessar, nach Angabe der Pat., nur in den unteren Theil der Vagina eingeführt. Pat. fühlte sich wohl bis vor 8 Monaten, von welcher Zeit an sich erst mässige Blutungen, eitriger Ausfluss und geringe Schmerzen einstellten. Seit 10 Wochen wurden die Schmerzen heftiger, das Secret jaucheähnlich. Die Pat. trug ihren Ring weiter bis jetzt, wo noch eine starke Schwellung der äusseren Genitalien hinzutrat, weshalb sie das Spital aufsuchte. Es fand sich, entsprechend der früheren Lage des Pessars, ein weit fortgeschrittenes Carcinom, das zweifellos sich im Anschluss

an das Tragen des Pessars entwickelt hatte. Es sind sechs derartige Fälle in der Litteratur bekannt. An sämmtlichen ist ersichtlich, dass der locale Druck des Pessars mit der damit verbundenen Reizung für den Ausgangspunkt des Carcinoms maassgebend war. 4mal handelte es sich um Hodgepessare, und waren es die entsprechenden Druckpunkte im hinteren Scheidengewölbe resp. an der der Symphyse angepressten vorderen Vaginalwand. Im obigen Falle, sowie in einem anderen waren Mayer'sche Ringe verwendet worden, bei denen der Druck auf die seitlichen Vaginalwände infolge der verursachten Querspannung am grössten ist. In beiden Fällen war der Ausgangspunkt des Carcinoms die seitliche Vaginalwand.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1903 No. 27.)

— Einen der seltenen Fälle von **cerebraler Atrophie des Sehnerven bei Tumor der Schädelbasis** beobachtete Dr. Fritz Mendel (Berlin). Grössere basal sitzende Tumoren (Tuberkel, Gummata, Exostosen, Carcinome, Aneurysmen) führen ja meist zu Veränderungen des Sehnerven, die sich in einer Stauungspapille oder auch in einer descendirenden Neuritis offenbaren. Nur sehr selten kommt es zu einer peripher fortschreitenden Atrophie, wobei es sich um den Druck auf den intracraniellen resp. intraorbitalen Theil des N. opticus oder um directe Zerstörung desselben handelt. Der 39jährige Pat. hatte ein Carcinom, das von der Mundhöhle in die Orbita gewuchert war; der Tumor hatte dort offenbar einen Druck auf den N. opticus ausgeübt, der dadurch zur peripher fortschreitenden Atrophie gebracht worden war. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 33.)

---

# Vermischtes.

— Ueber **Therapie des Stirnrunzelns** schreibt Dr. H. Salomonsohn (Berlin). „Häufiges oder andauerndes Runzeln der Stirn giebt dem Gesicht, wenn der Frontalis innervirt wird, einen sorgenvollen, wenn der Corrugator supercilii innervirt wird, einen finsteren Ausdruck durch die allmählich in der Haut bleibenden horizontalen, bezw. senkrechten Falten. Es handelt sich hierbei um keine Krankheit, sondern nur um eine üble Angewohnheit, die meist in

einem Alter angenommen wird, das zwar weder die Sorgen noch den Ernst des Lebens kennt, aber markiren zu müssen glaubt. Die Eltern der Stirnrunzler, späterhin diese selbst, haben den lebhaften Wunsch, die Faltenbildung zu beseitigen, aber weder Ermahnungen noch gute Vorsätze pflegen zu helfen, weil die Stirnrunzler selbst nicht empfinden, wann sie die üble Angewohnheit ausüben. Der Arzt, welcher durch ein einfaches Mittel zur Abgewöhnung beitragen kann, wird sich daher Dank erwerben. Es besteht darin, entsprechend dem Verlauf der innervirten Muskeln, also senkrecht zur Richtung der gebildeten Hautfalten, einen oder einige centimeterbreite Streifen englischen Pflasters (oder Heftpflasters) zu kleben und — natürlich nur im Hause — tragen zu lassen. Dieser Streifen hilft bei etwas gutem Willen des Trägers in kurzer Zeit die üble Angewohnheit abzulegen, indem er als stets aufmerksamer Mahner bei jedem Versuch der Stirnrunzelung sich fühlbar macht."

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 38.)

— Ueber **die Bedeutung der nasalen Athmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten** lässt sich Dr. G. Trautmann (München) aus. Es bilden ja die Tonsillen schon für die Propagation vieler Erkrankungen eine Barrière und einen Infectionsfänger, der die Krankheit localisirt und sie am Fortschreiten zu verhindern sucht. Aber sie bilden doch nur eine beschränkte Schutzvorrichtung, die ganz wesentlich hinter derjenigen zurücksteht, welche durch die physiologische Beschaffenheit der Nasenhöhlen gegeben ist. Die Nasenhöhlen stellen den hauptsächlichsten Infectionsfänger für den Organismus dar, weil unter normalen Verhältnissen der Mund geschlossen bleibt und die Inspiration von Infectionskeimen da durch die Nase vor sich geht. Eine Obstruction der Nase führt zum Verlust dieser Schutzvorrichtung, also zur Erhöhung der Infectionsgefahr, in erster Linie von Mund und Rachen, besonders der Tonsillen. Infolgedessen ist bei Ueberwindung dieser Barrière, welche im Vergleich zur nasalen überhaupt eine weniger widerstandsfähige zu sein scheint, vielen Erkrankungen eine Eingangspforte offen leichter, als bei Freisein der Nase. Wir können nun aber doch wohl auch andererseits annehmen, dass die nach einer Nasenobstruction durch geeignete Behandlung wiederhergestellte Nasenathmung und der hierdurch bedingte, wenn auch in den meisten Fällen erst allmähliche Ausfall der Mundathmung bei

bestehenden pathologischen Processen sich als Heilwirkung zeigen kann. Eine vom Autor gemachte Beobachtung scheint dies zu beweisen. Ein Arbeiter hatte seit Monaten Entzündungserscheinungen im Larynx und Pharynx, in letzterem waren mehrere erosive Geschwüre; Pat. athmete nur durch den Mund, da die Nase vollständig durch Granulationen verstopft war. Autor kratzte beide Nasenhöhlen aus, sodass sie vollkommen durchgängig wurden. Als sich Pat. später wieder vorstellte, erwiesen sich jene Ulcerationen als geheilt, die Entzündungen ebenfalls geschwunden. Nur auf die Mundathmung angewiesen, hatte Pat. früher eben die Luft nicht im Zustand der Reinigung, Feuchtigkeit und Wärme aufgenommen, was sich im Pharynx und Larynx durch Entzündungen bemerkbar machte. Der Heilungsvorgang war höchst wahrscheinlich der wiederhergestellten nasalen Athmung zu danken, indem die Schleimhäute wieder normal beeinflusst wurden und durch ihre natürliche Schutzkraft die eingedrungenen Infectionsträger unschädlich machen konnten. Das zeigt wieder, dass obstruirenden Nasenerkrankungen volle Beachtung geschenkt werden muss, da nach deren Eliminirung chron. Laryngitiden und Pharyngitiden, die sonst jeder Behandlung trotzen, wahrscheinlich günstig beeinflusst werden. Freilich muss die Nasenbehandlung eine vorsichtige, möglichst wenig radicale sein, damit nicht zugleich die physiologischen Schutzvorrichtungen des Organs mit eliminirt werden; die Operationen sollen sich also stets auf das Nothwendigste beschränken.

**(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 13.)**

— **Physostigmin gegen gefahrdrohenden Meteorismus** *(namentlich nach Operationen)* empfiehlt Dr. L. Moszkowicz (Rudolfinerhaus Wien-Döbling) und fasst das Ergebniss seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Dosen von 0,001 Physostigmin. salicyl. (Merck) wurden von drei hochgradig geschwächten Pat. sehr gut vertragen. Diese und in zwei Fällen halb so grosse Dosen, zweimal hintereinander in grösserem Intervall, haben hochgradig aufgetriebene Därme prompt zur Contraction gebracht.
2. In zwei Fällen schien dieser Effect lebensrettend zu wirken.
3. An den übrigen Organen wurden üble Nebenwirkungen nicht beobachtet. Der Blutdruck war nach der Injection deutlich erhöht.

4. Die Anwendung des Physostigmins ist namentlich bei postoperativen Darmlähmungen („Pseudoileus“) zu empfehlen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 22.)

— Ein von Arthur Löwy (Berlin) construirter **portativer, elektrisch beleuchteter Mundspatel** verdient nach Dr. J. Ruhemann (Berlin) ein getreuer Begleiter des Praktikers zu werden, der gerade unter schwierigen Verhältnissen, z. B. bei unruhigen Pat., bei Kindern, bei Bettlägerigen, die Untersuchungen sehr vereinfacht und die Genauigkeit derselben erhöht. Der Spatel hat die Form des gewöhnlichen Glasspeculums. Im Inneren des aus sehr festem Glase gefertigten Speculums, und zwar an der Spitze, befindet sich eine kleine, recht widerstandsfähige elektrische Glühlampe, welche ausser dem Hause durch ein in der Westentasche bequem unterzubringendes, in der Sprechstunde durch ein sehr grosses, dauerhaftes Trockenelement gespeist wird. Bei Kindern ist es zweckmässig, den Leitungsdraht, welcher einstöpselig ist, dann erst einzuschalten, wenn das Speculum eingeführt ist, weil jene beim Erblicken des Lichtes den Mund gewaltsam schliessen. Braucht man länger dauernde Beleuchtung, z. B. bei operativen Eingriffen, Incisionen u. dgl., so thut man gut, die Stöpselöffnung des Trockenelements nach innen zu dirigiren, damit das Andrücken des letzteren an die Brustwand des Arztes das Herausspringen des Leitungsdrahtes verhindert. Die Lichtquelle ist so intensiv, dass es möglich ist, in völlig dunklem Raume bei geschlossenem Munde die Kieferhöhlen zu durchleuchten. Bei noch so langer Einschaltung der Lichtquelle tritt keinerlei Hitzewirkung ein. Das Speculum, das sehr gründlich desinficirt werden kann und nur 35 g wiegt, kann in einem Taschenmesseretui bequem in der Tasche getragen werden. Es dient bei Nachtbesuchen zugleich als Beleuchtungsmittel.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 27.)

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 2.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
**Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.**

November XIII. Jahrgang 1903.



**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** **Etwas über Lysoform** theilt Prof. Bruno Galli-Valerio (Hygien. Institut Lausanne) mit. Er studirte die Wirkung des Präparates 1. auf metallische Instrumente und Gummikatheter, 2. auf den Organismus, 3. als Desodorans, 4. als Desinfectionsmittel in vitro und im Organismus. Ad. 1 ergab sich, dass metallische vernickelte Instrumente nicht angegriffen werden. Autor hat solche Instrumente in einer 3%igen Lösung einen Monat belassen, und nur an Stellen, wo die Vernickelung defect war, Grünspanbildung bemerkt. Ferner legte er in eine 3%ige Lösung einen weichen Gummikatheter und zwei Hartgummikatheter (Mercier); ersterer blieb 3 Monate unverändert, die letzteren waren nach 20 Tagen ganz schuppig. Für Reinigung und Desodoriren der Hände erwies sich Lysoform als vorzügliches Mittel; die Haut wird dabei sehr geschmeidig. 3 Monate

wandte Autor Lysoform (3—10%) zur Reinigung seiner Hände ohne Schaden an. Thierexperimente zeigten die Ungiftigkeit des Präparates, Experimente mit Urinen und Fäcalien, dass Lysoform auch hier bestens desodorirt. Endlich wurden in vitro Prüfungen über die antiseptische Wirksamkeit an M. pyogenes aureus und B. coli angestellt. Bei letzterem ergaben sich gute Resultate, bei M. pyogenes aureus aber wurde erst nach 6 (3%) oder 4 (5%) Stunden die Entwickelung verhindert; allerdings benützte Autor sehr virulente und active Bacillen. Immerhin zeigte sich, dass Lysoform kein starkes Antisepticum ist, wegen seiner desodorirenden Kraft und Ungiftigkeit verdient es aber warme Empfehlung. (Therap. Monatshefte, September 1903.)

— **Sanoform als Ersatzmittel des Jodoforms** lernte Dr. G. Bamberg (Strassmann'sche Frauenklinik Berlin) bei 225 Fällen schätzen, meist vaginalen Operationen, Aborten u. s. w. Die Sanoformgaze wurde zur Tamponade des Uterus und der Scheide benützt. Die Laparotomiewunden wurden mit Sanoformpulver und darüber mit 10%iger Sanoformgaze bedeckt. Nie wurde eine nachtheilige Nebenwirkung des (geruchlosen) Sanoforms constatirt, die Wunden heilten tadellos, die granulationserregende Wirkung stand der des Jodoforms nicht nach.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 38.)

— In einem Artikel **„Seifenspiritus als Desinficiens von Instrumenten"** (Excerpta XII. Jahrg. S. 533) haben wir berichtet, dass Schumburg diese Methode als unbrauchbar gekennzeichnet habe. In einer Zuschrift an uns betont Dr. K. Gerson (Berlin), dass thatsächlich Schumburg keinen einzigen seiner bakteriologischen Versuche habe widerlegen können, sondern nur gezeigt habe, dass in Bouillonnährböden (Gerson nahm Gelatine und Agar) eingeimpfte Instrumente noch Wachsthum bewirkten, *wenn* sie vorher mit in Seifenspiritus getränkter Watte *nicht* abgewischt waren. Das vorherige Abwischen der Instrumente vor dem Impfen habe Gerson aber als integrirenden Bestandtheil seines Verfahrens dargestellt.

**Banti'sche Krankheit.** **Zur Kenntniss der B.** veröffentlicht Oberstabsarzt Dr. Fichtner (Leipzig) einen *interessanten Fall.* Das Krankheitsbild, das Banti 1894 zum ersten Male beschrieb, und dessen Cardinalsymptome Milzvergrösserung, Anaemie und Lebercirrhose sind, ist bis jetzt weder in seinen Ursachen genügend aufgeklärt, noch

klinisch gegen verwandte Zustände, wie die gewöhnliche Lebercirrhose, die Anaemia splenica oder die sogen. lienale Pseudoleukaemie, in allen Fällen scharf abzugrenzen. Jeder Fall verdient daher die grösste Beachtung. Es handelte sich um einen jungen, früher völlig gesunden und sehr kräftigen Mann, bei dem sich langsam im Laufe von sieben Jahren ein grosser Milztumor entwickelte, und zwar in unmittelbarem Anschluss an ein Trauma (erhielt als Soldat beim Bajonettiren einen Stoss in die linke Magengegend). Im vierten Jahre nach Beginn des Leidens stellte sich ein Anfall von Gallensteinkolik mit Entleerung zahlreicher Gallensteine ein, im fünften Jahre eine schwere Ohreneiterung, die noch jetzt nicht völlig geheilt ist, und bald nach deren Beginn sehr starker Ascites. Dieser ging aber verhältnissmässig rasch ganz oder bis auf geringe Reste für Jahre wieder zurück. Der schwerkranke, auch stark anämische Pat. erholte sich so gut, dass er wieder seine schwere Arbeit verrichten kann. Zur Zeit besteht ausser minimaler Anaemie nur der Milztumor und Verminderung der weissen Blutkörperchen (Leukopenie). Banti theilte den Verlauf seiner Krankheit in 3 Stadien ein: ein Stadium der Milzvergrösserung und Anaemie, ein Uebergangstadium mit Verdauungsstörungen, mit Abscheidung eines spärlichen, sehr viel Urate, Urobilin und zuweilen auch Gallenfarbstoffe enthaltenden Urins, und endlich das Stadium der Lebercirrhose, mit Ascites, mit Zunahme der Anaemie, mit leichter Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Das erste Stadium dauerte gewöhnlich 5—6, zuweilen aber auch 10—11 Jahre, das zweite mehrere Monate, das dritte endlich 5—12 Monate. Nach einer Gesammtdauer von 6—12 Jahren erfolge der ungünstige Ausgang, wenn nicht durch die Exstirpation der Milz das Leiden zur Heilung gebracht werde. In Deutschland hat sich hauptsächlich Senator mit der B. beschäftigt und das Krankheitsbild schärfer abgegrenzt resp. erweitert. Er beobachtete wiederholt, dass der Ascites ganz oder nahezu ganz für längere Zeit wieder verschwunden ist, woraus folgt, dass die cirrhotischen Veränderungen der Leber nicht in jedem Falle Ursache des Ascites sein können, und dass man nach Ursachen localer Natur suchen müsse. Die Anaemie oder eine durch den Tumor bedingte Stauung könnte dafür nicht in Betracht kommen; vielleicht handle es sich um eine Verlegung der Lymphwege. Ferner hat Senator der Untersuchung des Blutes grössere Aufmerksamkeit zugewendet. Es ergab sich eine verschieden grosse Abnahme

der Erythrocyten, zuweilen stärkere Abnahme des Haemoglobins, eine Abnahme der Leukocyten, theils ohne Veränderung in dem Verhältniss ihrer einzelnen Formen, theils mit Verminderung der multinucleären neutrophilen Leukocyten. Also Oligocytaemie, Oligochromaemie, Leucopenie, Poikilocytose und Vermehrung der eosinophilen Zellen sind nicht constant. Endlich hob Senator die Häufigkeit der haemorrhagischen Diathese im letzten Stadium der Krankheit hervor; es treten Magendarmblutungen, Nasenbluten, Bluthusten, Haematurie, Purpura etc. auf. Diese Beobachtungen sind mehrfach bestätigt worden, sowie sie Blut und Blutungen betreffen. Hinsichtlich der Magendarmblutungen ist allerdings hervorzuheben, dass sie in der Mehrzahl der Fälle wohl nicht durch die haemorrhagische Diathese bedingt sind, sondern gewöhnlich durch die Perforation der bei Lebercirrhose so häufig erweiterten Venen am unteren Ende des Oesophagus und an der Cardia. Ueber das Verhalten des Ascites, insbesondere sein Verschwinden für längere Zeit, liegen sonst nicht viel Beobachtungen vor. Sehr lehrreich aber ist ein Fall von Marchand, wo 3 Jahre vor dem Tode wegen Verdachtes auf tuberculöse Peritonitis die Laparotomie ausgeführt wurde und darnach der Ascites bis zum Tode dauernd verschwunden blieb; bei der Section fand sich eine besondere Form der Lebercirrhose, die auf *Lues congenita* hinwies, und zwar war der Process als abgelaufen anzusehen. Auch Icterus wurde mehrfach beobachtet. Legnani behandelte ein 17jähr. Mädchen, bei der neben Anaemie und grossem Milztumor Icterus bestand; für letzteren ergab sich bei der Operation ein Zusammenhang mit Steinbildung der Gallennege. Grusdeff fand in einem Falle atrophische Cirrhosis biliaris (Litten). Ueber *Aetiologie* und Wesen der B. gehen die Anschauungen weit auseinander. Banti hält das Leiden für eine primäre Erkrankung der Milz; die Erkrankung des Blutes und der Leber erfolge secundär durch Uebertritt eines Giftes ins Blut. Auch Senator theilt diese Ansicht, während Chiari meint, dass B. gar nicht selten auf gewisse Formen der Lues hereditaria tarda zurückzuführen ist, weshalb man, ehe man eine Krankheit sui generis aufstelle, erst jene (sowie Malaria) ausschliessen müsse. Chiari beschrieb 4 Fälle, wo klinisch B. ziemlich ausgeprägt erschien, die Obduction dann eine derartige Form der Lebercirrhose aufwies, dass die Diagnose Lues congenita sehr wahrscheinlich erschien. Auch Marchand will die B. nicht als selbständige Krankheitsform aner-

kennen, sondern hält die luetische Natur des Leidens für wahrscheinlich; die Erkrankung der Milz könne nicht das Primäre sein, sondern entweder müsse die Lebererkrankung der der Milz vorausgehen, oder beide müssen gleichzeitig durch gemeinsame Ursache entstehen. Von anderen Ursachen der Krankheit wissen wir nicht viel. Alkoholismus und erworbene Syphilis spielen keine Rolle, Traumen wurden bisher nicht erwähnt; zuweilen kam Malaria in der Anamnese vor. Bei dieser Unklarheit der Begriffe bietet natürlich auch die *Diagnose* oft grosse Schwierigkeiten. Zwar Malariamilz und Malariaanaemie, ebenso wie die gewöhnliche Cirrhose werden in typischen Fällen leicht auszuschliessen sein, wenn der ganze Verlauf des Falles übersehen werden kann. Ist dies aber nicht der Fall, ist die Diagnose unklar oder sieht man den Pat. im Beginn des Leidens, im praeascitischen Stadium, so können die Schwierigkeiten schon recht gross werden. Noch unsicherer und häufig unmöglich wird die Abgrenzung von der lienalen Pseudoleukaemie und der Anaemia splenica. Wenn wir freilich als lienale Pseudoleukaemie nur solche Fälle bezeichnen, wo gleichzeitig Lymphdrüsenschwellungen neben dem Milztumor vorhanden sind, Fälle, die sich durch bestimmte anatomische Veränderungen der Milz, nämlich das Auftreten von weisslichen Knötchen (Lymphomen) auszeichnen, dann sind solche leicht von B. abzutrennen. Es bleibt dann nur noch die einfache Anaemie und Milzvergrösserung übrig. Auch bei dieser kommen leichte cirrhotische Veränderungen der Leber vor. Man könnte daher vermuthen, dass es sich bei B. nur um Steigerung dieser leichten Veränderungen aus noch unbekannter Ursache handle und beide Krankheiten zusammen gehören. Die Frage ist vorläufig nicht zu entscheiden. Die Schwierigkeiten der Diagnose werden noch dadurch gesteigert, dass die Lues hereditaria, die in jedem Falle in Betracht zu ziehen ist, klinisch in der Regel gar nicht festgestellt werden kann. Was nun den obigen Fall betrifft, so gehörte er wohl sicher der B. an. Er zeigte den langsam sich entwickelnden Milztumor, ziemlich charakteristische Blutveränderung, Ascites, die letzteren beiden freilich nicht in der herkömmlichen Form der langsam zunehmenden Anaemie und des bis zum ungünstigen Ausgang wie bei der gewöhnlichen Cirrhose fortschreitenden Ascites, sondern beide in ihrem Verlaufe bedeutenden Schwankungen unterworfen. Ja, auch die Milzschwellung scheint sich nicht gleichmässig entwickelt zu haben, sondern

zunächst jahrlang ziemlich stationär geblieben zu sein. Was den Ascites angeht, wurde also Senator's Beobachtung bestätigt, dass Ascites selbst hochgradigster Form in verhältnissmässig kurzer Zeit für Jahre zurückgehen kann. Dies rasche Verschwinden ist doch eine sehr auffallende Erscheinung, wie sie bei gewöhnlicher Cirrhose kaum vorkommt. Senator's Ansicht, dass hier event. Verlegung von Lymphwegen im Spiel ist, erscheint da wohl berechtigt. Andererseits lehrt Marchand's Fall, dass auch bei Cirrhose von besonderer Art der Ascites nach Eröffnung der Bauchhöhle für lange Zeit ausbleiben kann. Sollte daher nicht gerade das Verschwinden des Ascites auf eine besondere Form der Lebercirrhose bei B. hindeuten? Zeigt es vielleicht an, dass die Cirrhose zum Stillstand gekommen, stationär geworden ist? Und dass sie ferner noch nicht sehr weit vorgeschritten ist, sodass durch Ausbruch des Collateralkreislaufs die Stauung wieder beseitigt werden kann? Autor ist geneigt, diese Frage bejahend zu beantworten, er glaubt nicht, dass man die Ursache des Ascites ausserhalb der Leber zu suchen braucht. Bei dem Pat. wies auch noch ein anderes Symptom mit aller Sicherheit auf eine Erkrankung der Leber hin: die Gallensteinkolik. Ein zufälliges Zusammentreffen ist wohl nicht wahrscheinlich, nachdem auch in einem anderen Falle von B. Gallensteine gefunden sind und bei einem 3. Falle über biliäre Cirrhose berichtet wird. Was die Aetiologie des obigen Falles betrifft, so stand zweifellos das Trauma zur Entwickelung des Leidens in Beziehung. Der Mann ist bis zum Tage der Verletzung völlig gesund gewesen, bekam sofort danach Schmerzen, nach 5 Wochen den Milztumor. Vielleicht hat allerdings das Trauma nur auf schon vorbereitetem Boden den letzten Anstoss zur Entwickelung der B. gegeben. Für congenitale Lues bot der Fall keine Anhaltspunkte. Als zufällige Complication ist wohl die schwere und langwierige Ohreneiterung aufzufassen. Man könnte höchstens vermuthen, dass die Infection auf dem Boden eines bereits anderweitig erkrankten Körpers leichter erfolgt und schwerer verlaufen ist, als sonst. *Therapeutisch* haben italienische Aerzte Erfolge mit der Milzexstirpation gehabt. Abgesehen davon, dass diese Therapie fällt mit der Ansicht, dass B. keine primäre Milzerkrankung ist, hätte Autor hier kaum den Muth, dem Pat., der sich in einem recht guten Allgemeinzustand befindet, eine Operation vorzuschlagen; vielmehr wäre eine Arsencur oder eine vorsichtige antiluetische hier am Platze.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 32.)

— Folgenden **Fall von B.** beobachtete Prof. v. Starck: 63jähr. Schiffszimmermann kam mit der Klage über Völle im Leib und Stuhlverstopfung. Anamnese: Vor 40 Jahren kaltes Fieber, vor 1/2 Jahr Influenza; Lues wird bestimmt verneint, auch spricht absolut nichts dafür. Status am 7. XI. 1901.: Untersetzter Mann von mittlerem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute leicht blass, mässiges Lungenemphysem. Herz ohne Besonderheiten. Grosser Milztumor, bis handbreit unter den Nabel reichend. Leber nicht vergrössert. Kein Ascites. Periphere Lymphdrüsen normal. Urin ohne Albumen und Zucker, viel Indoxyl. Haemoglobin im Blut 95%, rothe Blutkörperchen unverändert, weisse mässig vermehrt, sowohl die polynucleären, wie die Leukocyten, die eosinophilen nicht. Medication: Arsen in steigenden Dosen von Anfang November bis Ende Februar 1902, ohne Erfolg. Mit Rücksicht auf die anderweitig erfolgreich ausgeführte Splenektomie wird am 9. III. 1903 diese Operation ausgeführt. In der folgenden Nacht Tod an Verblutung. Bei der Section fand man grosse Mengen Blut in der Bauchhöhle; Lienalgefässe unterbunden; umschriebene derbe Herde und cirrhoseähnliche Bindegewebsentwickelung in der Leber. Starke allgemeine Anaemie. — Die den Fällen B. oft eigenthümliche Neigung zu Blutungen war hier die Ursache des ungünstigen Ausgangs der Operation geworden. Auch post mortem fand sich kein Anhaltspunkt für Lues.

(Medicin. Gesellschaft in Kiel, 4. VII. 1903. — Münchner med. Wochenschrift 1903 No. 36.)

**Bronchitis.** **Pyrenol** hat Dr. Sternberg (München) als Mittel schätzen gelernt, welches die Asthma-Attaquen bei chronischer B. prompt beseitigt und auch bei *cardialem Asthma* oft gute Dienste leistet. Pyrenol, von der Chem. Fabrik Dr. Horowitz (Berlin) hergestellt, ist eine Vereinigung von Thymol, Benzol- und Salicylsäure und kommt in Tabletten in den Handel (20 Stück à 0,5 kosten Mk. 1), von denen man täglich 3—6 Stück geben muss.

(Aerztl. Rundschau 1903 No. 31.)

— **Creosotal** wandte Dr. Alf. Badt (H. Neumann's Kinderpoliklinik Berlin) bei 75 Kindern mit Erkrankungen der Athmungsorgane an. Seine Erfahrungen fasst er folgendermaassen zusammen:

1. Das Creosotal kann in Fällen von B. und *leichter* Bronchopneumonie oft als Ersatzmittel für Ipecacuanha, Senega und dergl. mit gutem Erfolge verwendet werden.

2. In schweren Fällen von *Bronchopneumonie* und bei *croupöser Pneumonie* ist die Anwendnng von Creosotal zu widerrathen.
3. Bei der Behandlung der *Phthise* und der *Scrophulose* kann längere Verabreichung von Creosotal versucht werden.
4. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht zu befürchten.

(Die Therapie der Gegenwart, September 1903.)

**Bronchostenose.** **Die respiratorische Verschiebung der im Mediastinum liegenden Organe nach der kranken Seite hin als pathognomonisches Symptom einseitiger B.** bezeichnet Otto Jacobson. In seinem ersten Falle, der einen beginnenden Mediastinaltumor betraf, war dasselbe auch percutorisch leicht nachweisbar. Im Allgemeinen aber ist es nur auf dem Röntgenschirm sichtbar. Hier aber ist es ordentlich auffallend, wenn wir den Schatten der Mediastinalorgane, des Herzens, speciell aber der Aorta und Pulmonalis sich bei jeder Inspiration nach der kranken Seite hinüber bewegen sehen, um exspiratorisch wieder an den alten Platz zurückzukehren. Seine Ursache hat das Phaenomen in der mangelhaften Entfaltung der kranken Lunge bei der Inspiration. Während beide Thoraxhälften sich bei der Einathmung gleich gut ausdehnen, kann sich die stenosirte Lunge nur mühsam und mangelhaft mit Luft füllen. Dadurch entsteht ein Missverhältniss zwischen Thoraxinnenraum und kranker Lunge. Es bleibt quasi Platz frei, den die gesunde Lunge zu füllen trachtet. Dabei schiebt sie das Mediastinum vor sich her nach der kranken Seite hinüber. Das Phaenomen fehlt bei allen anderen Erkrankungen, die zu verändertem Luftgehalt einer Lunge führen. Bei infiltrativen Processen kann es deshalb nicht auftreten, weil die infiltrirte Lunge mindestens denselben Raum einnimmt, wie die gesunde. Interstitielle Schrumpfungsprocesse entwickeln sich einerseits so langsam, dass es zu compensatorischem Emphysem der gesunden Lungenparthieen kommt; andererseits verhindert die gleichzeitige Schrumpfung der betreffenden Thoraxseite ein Missverhältniss zwischen Thoraxinnenraum und Lunge. Aus demselben Grunde dürfte das Symptom bei bestehender Lungengeschwulst fehlen, das Auftreten desselben als differentialdiagnostisch für Mediastinaltumor zu verwerthen sein. — Autor stellt eine Pat. vor, bei der man das Symptom ausgezeichnet findet. Es handelt sich um eine wahrscheinlich syphilitische Narbenstenose des linken Hauptbronchus. Neben inspiratorischem Tiefstand des linken Zwerchfells

sieht man auf dem Röntgenschirm bei jeder Einathmung eine recht beträchtliche Ortsbewegung des Herzens, der Aorta und Pulmonalis in die linke Thoraxseite hinein, bei jeder Exspiration die Rückkehr in die Ruhelage.

(Berliner medicin. Gesellschaft 1903, 25. März. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 19.)

**Intoxicationen.** Einen Fall von **Vergiftungserscheinungen durch Borax** publicirt Dr. W. Dosquet-Manasse (Berlin). Ein Pat., jung und kräftig, bekam wegen Halsschmerzen eine Flüssigkeit in der Charité verordnet, die 1 Theelöffel Borax auf ½ L. Wasser enthielt. Jedesmal, wenn mittelst Sprayapparates kleine Mengen davon in Nase und Rachen gebracht wurden, traten Uebelkeit und Schwindelanfälle auf, die zur Arbeitsunfähigkeit führten. Nach 8 Tagen zerstäubte Pat. statt jener Lösung einfach Camillenthee, und da hörten jene Zufälle sofort auf.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1903.)

— Eine **schwere Bromoformvergiftung** bei einem 3jährigen Kinde mit Ausgang in Genesung beschreibt Dr. W. Jessen (Krankenhans Bethanien in Berlin). Das Kind, das etwa 2 ccm Bromoform getrunken, kam erst 1½ Stunden später in Behandlung, tief schlafend, mit vollständig reactionslosen Corneae, reactionslosen und maximal verengerten Pupillen, sehr flacher, rascher, unregelmässiger Athmung, sehr kleinem Pulse (96). Die Behandlung musste sich jetzt darauf beschränken, die Athmung zu heben, das Kind wurde im Bade über Brust und Rücken immer wieder kalt übergossen was etwa 4 Stunden fortgesetzt wurde und stets momentan vorzüglich wirkte, indem sich Athmung und Puls hoben. Noch 6 Stunden nach der Vergiftung aber bestand das Bild tiefer Narkose, nach 9 Stunden schlug Pat. zum 1. Male die Augen auf, schlief aber immer wieder ein, um erst 20 Stunden nach der Vergiftung munter zu werden. Bemerkenswerth war ausser der Schwere der Vergiftung noch die lange Ausscheidung des Bromoforms durch die Athmungsluft; noch 24 Stunden post intoxicat. war deutlicher Bromoformgeruch nachweisbar.

(Therap. Monatshefte, August 1903.)

— **Acetonvergiftung nach Anlegung eines Celluloid-Mullverbandes** sah Dr. Cossmann (Diakonen-Krankenhaus Duisburg a. Rh.). Bei einem zwölfjährigen, schon seit längerer Zeit wegen einer tuberculösen Hüftgelenkentzün-

dung im Streckverband liegenden Knaben sollte ein Gehverband angelegt werden, und wurde der seit 1896 häufig dazu benützte Celluloid-Mullverband angelegt. Schon kurze Zeit nachher wurde der Knabe unruhig, klagte über starkes Brennen an den Beinen, bekam Erbrechen, dann wurde er comatös. Autor fand ihn in tiefem Coma, mit weiten, nicht reagirenden Pupillen, kaum fühlbarem Pulse, kalten Händen und Füssen und ab und zu eintretenden, tiefen, geräuschvollen Athemzügen vor. Unter fortgesetzter Anwendung künstlicher Athmung, Einwickelungen in heisse Priessnitzumschläge, Infusionen von Kochsalzlösung etc. verloren sich allmählig die Erscheinungen, die Benommenheit hielt aber über 36 Stunden an. Ebenso lange roch die Exspirationsluft nach Aceton. Die Untersuchung des Harns ergab Aceton, ebenso war solches im Erbrochenen enthalten. — Wie kam diese Vergiftung zu Stande? Das Verbandmaterial war tadellos. Acetonvergiftungen durch Einathmung sind sogar in den betreffenden Fabriken unbekannt. Dagegen sind zur Resorption durch die Haut alle Vorbedingungen gegeben, vor allem wäre die Eigenschaft des Acetons, leicht Fette zu lösen, zu betonen. Nun war bei dem Knaben allerdings, entgegen der sonstigen Gewohnheit, der Celluloid-Mullverband nicht auf einem Gipsmodell hergestellt, sondern unmittelbar auf dem Körper, wobei aber Tricotstoff untergelegt worden war. Reizerscheinungen auf der Haut zeigten sich andererseits nicht bei Abnahme des Verbandes, auch ergaben Thierversuche, welche die Resorbirbarkeit des Acetons durch die Haut beweisen sollten, ein negatives Resultat. Die Sache bleibt also ziemlich dunkel. Bemerkenswerth ist nur in hohem Grade, dass hier durch Anlegen jenes Verbandes die Vergiftung zu Stande kam, die dann durchaus dem Bilde des Coma diabeticum entsprach; letzteres bezeichnete ja Kussmaul als „Acetonaemie".

(Münch. med. Wochenschrift 1903 No. 36.)

— **Tetanie nach Phosphorvergiftung** sah Dr. Routa (Medicin. Klinik, Prag) bei einer Arbeiterin, die in selbstmörderischer Absicht eine Auflösung von Zündhölzchenköpfchen von 13 Packeten in Wasser zu sich genommen hatte (ca. 0,65 g Phosphor). Der charakteristische Symptomencomplex der Tetanie trat in der Zeit auf, wo die Intoxicationserscheinungen ihren Höhepunkt erreicht hatten, und verschwand gänzlich, als das zur Resorption gelangte Gift aus dem Körper ausgeschieden war.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No 37.)

— **Haematurie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuss** sah Dr. H. Schulthess (Hottingen) eintreten. Ein siebenjähr. Knabe ass eines Mittags etwa 100 g Rhabarbermus. Am Abend hatte er blutigen Harn, der reichlich Oxalat enthielt. Sonst war er vollständig munter und blieb es auch. Zeichen von Oxalsäurevergiftung stellten sich nicht ein, nur der nächste Morgenharn hatte noch starken Oxalatgehalt, sodass im Ganzen in den beiden Harnen 0,217 g Oxalsäure ausgeschieden wurde. Der Junge war stark obstipirt, sonst aber durchaus gesund. Zweifellos war die Haematurie die Folge der Nierenreizung durch Oxalsäure gewesen. Rhabarbermus besteht zu $^2/_3$ aus grossen Rhabarberstielen, und diese enthalten ca. 1 % Oxalsäure; also betrug die Einnahme 0,6 g, wovon $^1/_3$ sich im untersuchten Harn vorfand. Als starke Einzeldosis für Oxalsäure wurde von Hager 0,5 g bezeichnet, 2 g als toxische, 4 g als tödtliche, die Einnahme stand hier also unterhalb des toxischen Schwellenwerthes, woraus sich erklärt, dass keine weiteren Intoxicationserscheinungen auftraten. Nur das Ausscheidungsorgan wurde alterirt. Der Junge hatte früher das Gemüse stets vertragen; man konnte da jetzt höchstens eine momentane Idiosynkrasie annehmen, begünstigt vielleicht durch die Obstipation mit Gelegenheit zu reichlicherer Resorption, begründet vielleicht durch einen abnormen Zustand des Harnapparates zur kritischen Zeit, dessen anderweitiger Ausdruck eine zwei Tage vor dem Ereigniss einsetzende und noch einige Tage anhaltende Neigung zu Enuresis nocturna war. Jedenfalls mahnt ein solcher Fall zur Vorsicht auch gegenüber „gesunden“ Gemüsen. (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1903 No. 18.)

**Lupus.** Die **Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure** empfiehlt Dr. Wittmaack (früher Assistent an der Universitätspoliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfleiden zu Breslau). Unter Cocain wird das makroskopisch erkrankt erscheinende Gewebe mit Schlinge und Curette möglichst gründlich, event. in mehreren Sitzungen, abgetragen. Bei geringer Blutung wird noch an demselben Tage, sonst am Tage darauf die Behandlung begonnen, indem Pyrogallussäure in Salbenform, anfangs 10 %, bald ansteigend bis 20 %, applicirt wird. Nach nochmaliger Cocainisirung werden mit der Salbe bestrichene kleine Gazestreifchen den erkrankten Parthieen angedrückt, auch an die versteckter liegenden Herde. Dann wird ein

mit Gaze umwickeltes und ebenfalls mit Salbe bestrichenes Stück eines Celluloidkatheters zwischen untere Muschel und Septum mässig fest eingeschoben; die Stärke muss so bemessen werden, dass ein mässiger Druck auf die Schleimhaut ausgeübt wird, nicht so stark, dass Schmerzen entstehen. Um ihn herum werden noch mit Salbe bestrichene Gazestreifchen oder Wattetampons eingeschoben, sodass man sicher sein kann, dass sämmtliche erkrankte Schleimhautparthieen unter mässigem Druck von der Salbe berührt werden. Der Pat. muss vor stärkerem Schneuzen gewarnt werden, die Tampons bleiben 24 Stunden liegen, um dann durch neue ersetzt zu werden. Dies geschieht 3—4 Tage hindurch. Dann wird 3—4 Tage lang eine indifferente Behandlung mit Borsalbe, Aufblasen von Jodoform oder dgl. vorgenommen. Dieser Turnus wird öfter, je nach Schwere des Falles 3—10 Mal wiederholt. Wenn auch makroskopisch nichts Pathologisches mehr zu sehen ist, thut man gut, noch, allerdings in grösseren Zwischenräumen, Pyrogallussäuretampons einzulegen. Sind beide Nasenseiten erkrankt, so behandle man abwechselnd die eine indifferent, die andere mit Pyrogallussäure. Die Behandlung wurde von sämmtlichen Pat. gut vertragen. Die Reaction war stets verhältnissmässig gering, nennenswerthe Schmerzen traten nicht auf. Die Erfolge waren recht befriedigend, trotzdem will Autor nicht etwa die Pyrogallussäure an die Stelle der Milchsäure setzen. Jede der beiden Behandlungsmethoden hat ihre Vorzüge und Nachtheile. Aber gerade weil die Nachtheile bei der Milchsäure nicht zu leugnen sind, ist es werthvoll, für solche Pat., die diese nicht gut vertragen, ein einigermaassen aequivalentes Ersatzmittel zu haben. Wo es sich um scharf begrenzte Herde handelt, wo man möglichst schnelle Wirkung erhalten will, ja auch für ulcerirte Flächen, scheint die Milchsäure den Vorzug zu verdienen. Bei flächenhaft ausgedehnten Affectionen, bei gleichzeitigem L. der äusseren Nase, bei dem Vermeidung einer stärkeren Secretion aus der Nase wünschenswerth erscheint, würde Autor Pyrogallussäure vorziehen, falls Pat. in der Lage ist, sich einer länger dauernden Behandlung zu unterziehen. Die geringere Intensität der momentanen Aetzwirkung bei der Pyrogallusbehandlung wird ausgeglichen durch die längere Dauer der Einwirkung. Ein weiterer Vortheil ist der, dass Stenosirungen am Naseneingange vermieden werden, und dass dort, wo solche bereits eingetreten sind, ihre Beseitigung hierdurch erreicht werden kann. Auch

ist die Narbenbildung und die Atrophie der Schleimhaut geringer, als bei Milchsäurebehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

— Eine **neue Methode der Lupusbehandlung** wendet Dr. Dreuw (Hamburg) seit 4 Monaten in der Unna'schen Poliklinik an. Die lupösen Herde werden *durch Chloraethyl vollständig vereist*, und während dieselben noch mit Eismassen bedeckt sind, mit einem Wattebausch, der um die Spitze eines Holstabes gewickelt und dann in Acid. hydrochloric. crud. getaucht ist, fest unter Druck eingerieben, solange, bis Schmerz entsteht. Es bildet sich dann namentlich dort, wo die Knötchen sitzen, eine weisslichgraue Verfärbung. In dem Moment, wo der Pat. über brennenden Schmerz klagt, wird wieder vereist und dann mit Acid. hydrochloric. crud. wieder tüchtig eingerieben, solange, bis die zu behandelnde Stelle grauweiss erscheint. Das gesunde Gewebe wird verhältnissmässig wenig angegriffen, Acid. hydrochloric. crud. hat offenbar elective Wirksamkeit auf die Lupusknötchen. Im Speciellen ist noch Folgendes zu berücksichtigen:

1. Es muss vollständige Vereisung stattfinden. Man darf daher erst dann ätzen, wenn das ganze mit Chloraethyl beschickte Feld mit schneeweissen Massen bedeckt ist. Hat man eine grössere Fläche zu behandeln, so empfiehlt es sich, die Chloraethylflasche ziemlich weit, etwa $1/3$—$1/2$ m entfernt zu halten und gleichzeitig auf dieselbe zu blasen. Autor benützt Chloraethyl der Firma G. F. Henning (Berlin SW. 48) „zu technischen Zwecken" (billiger als das gewöhnliche „reine") in Flaschen zu 100 g mit Momentverschluss.
2. Nach der Vereisung muss Acid. hydrochloric. *crudum* (nur solches ist zu benützen!) gründlich aufgerieben werden; der Druck muss so stark sein, als der Pat. eben vertragen kann. Bei Lupus exfoliativus, bei tuberculösen Ulcera und Granulationen braucht der Druck nicht so stark zu sein.
3. Bei circumscriptem, etwa thaler- bis 5 markstückgrossem L. mit tiefliegenden Knötchen empfiehlt es sich, die Epidermis über dem Herd vollständig zu zerstören, indem man gründlich ätzt, solange, bis die Epidermis eine weisslichgraue und schwarze Masse bildet. Dieselbe stösst sich schon nach einigen Tagen ab, ohne ein tiefgehendes Geschwür zu bilden, und es findet sehr bald eine Regeneration statt.

4. Der Wattebausch muss stets gehörig mit dem Aetzmittel durchtränkt sein, weshalb man ihn wiederholt tränken oder verschiedene Wattestäbe bereit halten muss. Denn das Aetzmittel wird ja durch Vermischung mit den Eiskrystallen verdünnt. Wenn die Aetzung nicht über die vereisten Stellen übergreift, entsteht kein Schmerz. Die Umgebung ist mit Watte zu schützen. Die Aetzwirkung geht nicht über den geätzten Bezirk hinaus.
5. Es ist möglich, grosse Lupusstellen in einer Sitzung zu behandeln, indem man successive thalergrosse Stellen in Angriff nimmt.
6. Hat man nach längerer Behandlung die meisten Knötchen entfernt, aber einzelne zeigen sich noch, so bezeichnet man sich die Punkte mit Tinte, vereist, taucht ein feingespitztes hartes Holz in Acid. hydrocloric. crud. und bohrt es in die Punkte ein. Instrumente werden durch HCl stark angegriffen.
7. Tritt eine Blutung ein, so hindert das nicht, die Stelle weiter zu ätzen, indem die Blutung sehr bald durch die Aetzwirkung steht.
8. Die Nachbehandlung besteht in Aufstreuen eines austrocknenden Pulvers und Anlegen eines Verbandes. Es bilden sich in 2—4 Tagen Borken und mit diesen fällt nach 8—14 Tagen ein grosser Theil der Knötchen aus. Die lockeren Borken entfernt man mittelst Pincette. Man bekommt dann in 3—4 Wochen eine glatte Fläche, in der dann vielleicht noch einzelne Knötchen sitzen, die dann wie geschildert zu beseitigen sind.

Die Resultate sind gute, schnelle, der kosmetische Effect ein vorzüglicher. Dabei kann jeder Arzt das Verfahren, das minimale Kosten macht und als schmerzlos bezeichnet werden kann (nur das Vereisen macht etwas Schmerzen), anwenden. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 37 No. 5.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** **Das colloidale Wismuthoxyd bei den Verdauungsstörungen im Säuglingsalter** hat kürzlich Dr. Kinner sehr gelobt, nachdem er damit erfolgreiche Versuche gemacht hat an der Strassburger Säuglingsheilstätte. Von dort schreibt jetzt als Nachtrag dazu Privatdoc. Siegert: „Auch im weiteren Verlauf hat sich bei sehr zahlreichen Fällen das colloidale Wismuthoxyd derart bewährt, dass es als einziges Darmadstringens nunmehr in der Säuglingsheilstätte verwendet wird. Hinzuzufügen ist, dass es ohne jedes Vehikel in 5—10%iger

Lösung selbst da genommen und vertragen wird, wo Eiweisswasser oder Wasser in kleinster Menge sofort erbrochen werden. Auch Dosen von über 1 g werden gut vertragen und sind zuweilen zweckmässig. Ausnahmslos muss vor seiner Anwendung der Verdauungstractus von allem schädlichen Inhalt befreit sein, was durch Magendarmspülung, einmalige Gabe von Ricinusöl und physiolog. Kochsalzlösung als einziges Getränk während der ersten 24 Stunden am besten erreicht wird. Bei diesem Vorgehen und sachgemässer Indicationsstellung steht das colloidale Wismuthoxyd keinem ähnlichen Präparat nach, während es alle übertrifft durch die leichte Einverleibung und constante Wirksamkeit. Seine Leistungsfähigkeit gegen hartnäckiges Erbrechen des Säuglings bei natürlicher wie künstlicher Ernährung bedarf noch eingehender Prüfung."

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 32.)

— **Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speciell das Kufeke'sche** veröffentlicht Dr. Fr. Weigert. Er rühmt an dem Kufeke'schen Kindermehl, dass 68% der gesammten Kohlehydrate in Wasser löslich sind, und dass fast die ganzen übrigen Theile der Umsetzung durch das Pankreassecret zugänglich sind. Auch sind die Zuckerarten nicht im Uebermaass vorhanden, was ein Vortheil ist, da Kindermehle, die bei Durchfällen angewandt werden sollen, nicht zu viel Zucker enthalten dürfen, damit die Zersetzung nicht eine allzustarke wird und die Zahl der Entleerungen nicht noch eine Vermehrung anstatt Verminderung erfährt. Autor erprobte das Kufeke'sche Kindermehl bei Magendarmstörungen der Säuglinge, die durch Ueberfütterung entstanden, im acuten Stadium des Brechdurchfalls, bei der durch Zersetzung des Eiweisses im unteren Darmabschnitt sich abspielenden Enteritis follicularis; ferner bei den infectiösen Formen des Dickdarmkatarrhs (z. B. der Escherich'schen Streptokokken-Enteritis), wo bald Beruhigung des Kindes und Nachlassen des Tenesmus auftrat. Eine Hauptindication bildet ferner die Fettdiarrhoe. Von eclatantem Erfolg ist die Mehlnahrung auch bei den subacut gewordenen Fällen von Magendarmerkrankungen und bei hartnäckiger Verstopfung durch zureichliche Ernährung mit Vollmilch. Gesunde Kinder vertragen die Milchmischungen besser, wenn Kufekemehl zugesetzt wird, wegen der feinflockigen Gerinnung durch die Mehlkörnchen. Zu empfehlen ist es auch bei der Entwöhnung der gesunden Kinder. (Der Kinderarzt 1903 No. 4.)

**Neuralgieen.** Bei **Ischias** hat Dr. P. Krefft (Berlin) mit der *elektromagnetischen Therapie* (System Eugen Conrad) sehr schöne Erfolge erzielt. Selbst ganz alte Fälle wurden günstig beeinflusst. (Therap. Monatshefte 1903, Juni.)

— Ein neues Analgeticum und Sedativum **Trigemin** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Ober-Med. Rath Dr. Overlach. Trigemin (Farbwerke Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.), entstanden durch Einwirkung von Butylchloralhydrat auf Pyramidon, ist in Wasser gut löslich, von zart aromatischem Geruch und mildem Geschmack. Es besitzt ausgesprochen specifische Wirkung bei den schmerzhaften Affectionen der directen Gehirnnerven. Vorzügliche Dienste leistete es bei verschiedenen Arten von Kopfschmerz (nach Ueberanstrengung, psychischer Alteration, bei Influenza, Alkoholvergiftung, Migräne etc.), Occipital-Neuralgie und bei den schmerzhaften Affectionen des Trigeminus, sowohl bei den localisirten Gesichtsneuralgieen im engeren Sinne (Supraorbital-, Supramaxillar-, Inframaxillar-Neuralgie), als nicht minder bei den schweren Reizzuständen und Entzündungen kleinerer Aeste und Zweige, herrührend von Erkrankungen der Zähne und deren nächster Umgebung, also bei schwerem Zahnschmerz sehr verschiedener Ursache. Autor meint, dass der rasende Schmerz einer Pulpitis und einer von der kranken Zahnwurzel ascendirenden Neuritis an Intensität die Qual der echten Trigeminusneuralgie event. noch überholt. Er hatte persönlich Gelegenheit, den rasenden Schmerz einer echten Pulpitis nach 2 Tagen und 2 schlaflosen Nächten unter Trigemin weichen zu sehen, als er die Grenze des Ertragbaren thatsächlich erreicht hatte. Auch in zahlreichen anderen Fällen hat sich das Mittel bestens bewährt (die Einzeldosis für Erwachsene ist 0,6—0,75—1 g).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903, No. 35.)

**Obstipatio.** **Purgatin** als Abführmittel bei Wöchnerinnen versuchte Dr. Kachel (Wöchnerinnen-Asyl Karlsruhe). 30 fast durchweg gesunde Wöchnerinnen erhielten am 3. Tage post partum, manchmal etwas später, morgens nüchtern 1,5—2,0 g und nahmen das geschmack- und geruchlose Pulver gern ein. Im Allgemeinen war die Wirkung eine sehr milde, von keinerlei Beschwerden begleitete, und trat nach 7—8 Stunden ein, manchmal allerdings auch erst nach 11, 15, 16 Stunden, 2 mal versagte das Mittel. Jedenfalls kann man Purgatin als angenehmes,

mildes Abführmittel für Wöchnerinnen bezeichnen; es bringt weder dieser noch den Kindern Nachtheile. Verordnet wird es am besten als Schachtelpulver (10 g) von dem ein gehäufter halber Theelöffel genommen wird.

(Therap. Monatshefte, August 1903.)

— Als **ideales Abführmittel** will Dr. Wolff (Frankenstein i. Schl.) nur ein solches bezeichnen, welches für jedes Lebensalter passend ist, auch bei schwachem Magen, bei Appetitlosigkeit, Gravidität, Uterusblutungen gegeben werden kann, keinen widerlichen Geschmack hat, billig und haltbar, auch bei längerem Gebrauch wirksam ist, wenig Raum einnimmt. Ein Abführmittel, das allen diesen Ansprüchen genügte, kannte Autor bisher nicht, hat jetzt aber seit längerer Zeit folgende Composition als solches schätzen gelernt:

Rp. Fol. Senn. pulv.
Sulfur. praecip. āā 10,0.
D. ad scatul.
S. Nach Vorschrift eine Messerspitze voll.

Das Pulver ist, da es auch in Kaffee, Milch, Zuckerwasser und anderen Getränken genommen werden kann, geschmacklos und kann in Milch auch kleinsten Kindern gut beigebracht werden, natürlich in kleiner Dosis (kleine Federmesserspitze), während man bei Erwachsenen auch je nach Bedarf 1—2—3 Messerspitzen pro die geben kann. Es wirkt sicher und dabei mild, ohne den Magen zu alteriren oder Kolik zu machen. Auch bei längerer Darreichung bleibt es wirksam. Es kann auch bei Gravidität, Uterusblutung etc. ordinirt werden, hält sich jahrelang, ist compendiös und billig (ca. 50 Pf.). Man kann ihm anstandslos andere Medicamente beimischen (10 g), z. B. bei Anaemie Ferr. carbonic. sacch. oder Haemalbumin, bei Dyspepsie Pulv. rad. rhei, Cort. Condurango pulv., Cort. Chinae pulv., Fol. trifol. pulv., bei Sodbrennen Natr. bicarb., bei Flatulenz Carminativa u. s. w. In diesem Falle ist freilich eine grössere Dosis (also 2—3 mal tägl. 1 Messerspitze) am Platze.

(Aerztl. Rundschau 1903 No. 37.)

**Paralysen.** Zur Frage der **recidivirenden Oculomotoriuslähmung** ergreift Dr. Th. Schilling (Berlin, Prof. Oppenheims Poliklinik) das Wort. Charcot sah bekanntlich das Leiden nur als Form der Migräne an (Migraine ophthalmoplégique). Karplus theilte die bisher bekannt gewordenen Fälle in zwei Gruppen ein, eine solche, wo

aetiologische Beziehungen zur Migräne beständen, und eine andere, in der eine grob-anatomische basale Veränderung primärer Natur und unabhängig von den Migräneanfällen, als Krankheitsursache anzusprechen sei. Schilling hat nun einen Fall beobachtet, der in keine dieser Gruppen hineinpasst. Der Pat., ein 15jähr. Lehrling, erkrankte als 8jähr. Knabe an linksseitiger totaler Oculomotoriuslähmung, die seit 7½ Jahren wiederkehrt, wobei die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen kürzer werden, diese selbst jedoch an Heftigkeit einbüssen. Die Anfälle sind durch heftige Schmerzen in der linken Stirn- und Schläfengegend, Erbrechen und grosse Hinfälligkeit eingeleitet. Migräneattaquen zwischen den Lähmungsanfällen fehlen völlig, in der Familie des Pat. keine Migräne. Also hier erinnert nichts an einen Zusammenhang mit Migräne. Es liegt aber die Frage nahe, ob nicht der ersten Lähmung ein entzündlicher intracranieller Process vorangegangen sei, der secundär durch Verwachsungen auch die späteren P. verursacht hätte. Eine derartige Annahme erscheint, abgesehen von der Unsicherheit der anamnestischen Angaben, schon dadurch unbegründet, dass die Mutter des Pat. bestimmt erklärt, die Anfälle hätten sich im 9. und 10. Lebensjahre in gleicher Heftigkeit und Dauer wie im 8. eingestellt, und sie hätten sich nicht im geringsten voneinander unterschieden, wären erst im Laufe der Jahre kürzer und milder geworden. Manche Autoren beschuldigen Tumoren. Um einen intrauterin oder einen in den ersten Lebensjahren entstandenen congenitalen Tumor kann es sich hier, wo die Anfälle erst im 8. Lebensjahre auftraten, nicht handeln. Nimmt man aber einen Tumor an, der erst im 8. Lebensjahr imstande war, durch Druck auf den Nerven Lähmung zu erzeugen, so wäre kein Grund vorhanden, warum er nicht von da ab viel constantere Druckwirkung zeigen sollte; es ist ferner nicht erklärlich, dass ein Tumor in so grossen zeitlichen Abständen so heftige Druckerscheinungen hervorrufen sollte; schliesslich müsste ein solcher im Laufe der Zeit doch stets stürmischere Erscheinungen auslösen, während hier gerade das Gegentheil geschah. Verschiedentlich wurde nun auch einer congenitalen Schwäche des Nervus oculomotorius oder seines Kernes die Schuld an der Erkrankung gegeben. Daran könnte man hier wohl denken, wo ein Feld markhaltiger Fasern in linken Augenhintergrunde zu constatiren war, und Pat. stotterte. Welches weitere Moment aber dazugekommen sein mag, bei einem derartig minderwerthigen Nerven die recidivirenden Lähmungs-

anfälle zu erzeugen, das ist eine offene Frage. Vielleicht könnte man ein im Körper als Stoffwechselproduct stets sich bildendes Gift annehmen, das durch Alexine, in seiner Wirkung aufgehoben wird, bis einmal der Organismus durch irgendwelche Umstände an der Erzeugung der Alexine gehindert wird; nun könnte das Gift auf einen congenital schwachen Nerven lähmend wirken.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

— **Trochlearislähmung bei Kieferhöhleneiterung** beobachtete Dr. G. Krebs (Hildesheim). Nachdem bei dem 24jährigen Pat. die rechte Kieferhöhle eröffnet und der Eiter entfernt worden war, verschwanden sofort Kopf- und Zahnschmerzen, Augenflimmern u. s. w., jedoch blieb noch das Doppeltsehen bestehen. Dasselbe ging ebenso wie die Eiterung der Kieferhöhle, ganz langsam zurück und verschwand erst völlig nach $^{3}/_{4}$ Jahren. Dass die Trochlearislähmung hier von der Kieferhöhleneiterung abhängig war, ist zweifellos. Dafür spricht das unmittelbare Aufeinanderfolgen der Augenaffection auf den Eintritt der Kieferhöhleneiterung, das sofortige Nachlassen der schlimmsten Augensymptome nach Anbohrung des Empyems und Entfernung des eingedickten und zersetzten Eiters, endlich die vollständige Heilung der Lähmung zugleich mit Beendigung der Eiterung. Auch sind ja anderweitige P. im Orbitalbereich als Folgen von Nasennebenhöhleneiterungen vielseitig anerkannt. Wie jene zustande kommen, darüber herrscht noch Dunkel. Offenbar aber handelt es sich nicht um Reflex-, sondern um Entzündungsvorgänge, was hier die zum Theil sichtbaren Entzündungserscheinungen beweisen, mit welchen die Erkrankung des Auges einsetzte: Augenbrennen, Thränenträufeln, Flimmern, Injection und Schwellung der Conjunctiva; worin aber der Entzündungsvorgang bestand, der den N. oder den Musc. trochlearis lähmte, vermag Autor nicht anzugeben; ebensowenig, warum gerade dieser der Kieferhöhle recht fernliegende Augenmuskel resp. Nerv betroffen wurde. (Therap. Monatshefte, September 1903.)

**Scabies.** Auf **einige wichtige Momente bei der Behandlung der S.,** die manchmal übersehen werden, macht Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) aufmerksam. Viele Pat. legen auf das anfangs geringe Jucken kein Gewicht und suchen mit Hausmitteln desselben Herr zu werden, glauben durch vermehrte Reinlichkeit, durch vieles Baden das Uebel beseitigen zu können. Erst wenn das Jucken trotzdem über-

hand nimmt und sich ein secundäres Ekzem ausgebildet hat, gehen sie zum Arzt, der dann ein verändertes Krankheitsbild vor sich hat, das er, besonders wenn es sich um Pat. der besseren Stände handelt, wo er gar nicht an S. denkt, zu deuten Schwierigkeiten hat. Man sollte aber stets, wenn die Untersuchung sonstige Gründe für das Jucken nicht aufdeckt, zumal wenn die Anamnese ergiebt, dass dasselbe an den Prädilectionsstellen für S. begonnen hat, eine Scabiescur einleiten, selbst wenn man keine typischen Gänge mehr entdeckt. Gar oft ist, wenn die Pat. nach 2 Tagen wiederkommen, das „nervöse" Jucken durch das Antiscabiosum wesentlich gelindert, lässt nach. Nach einigen Tagen tritt es allerdings oft wieder auf. Die in den oberflächlichsten Epidermisschichten befindlichen Milben sind abgetödtet. Aber die befruchtete weibliche Milbe bohrte sich schräg in die Haut ein und legte auf ihrem Wege Eier, diese kriechen zu Larven aus, und die in den tieferen Schichten befindlichen Larven resp. die sich entwickelnden Milben sind noch nicht mit dem Antiscabiosum in Berührung gekommen. Sie haben das Bestreben, die Hautoberfläche zu erreichen und rufen von Neuem Jucken hervor, das Scabiesrecidiv ist da. Man soll daher das Antiscabiosum noch 3—4 Tage nach der letzten Einreibung auf der Haut belassen, damit auch die jungen Milben abgetödtet werden können. Auch müssen die Pat. bald nach Beginn der Cur Leib- und Bettwäsche wechseln! Stets nehme man vor der Cur eine Urinuntersuchung vor. Die meisten Krätzmittel, wie die Balsamica, die Wilkinson'sche Salbe, Naphtol etc. können Nierenreizung hervorrufen, und bei einer bestehenden Nephritis wird man daher zu anderen Mitteln greifen müssen, zu 30%iger Schwefelsalbe, zu Thigenol (pur oder mit 15% Aq. dest. und Spir. $\overline{aa}$), das geruchlos ist und auf der Haut bald eintrocknet. Ist nun die S. geschwunden, so kann doch noch Jucken zurückbleiben, bedingt durch das Ekzem. Wird jetzt unter Verkennung der Verhältnisse das Antiscabiosum weiter oder von Neuem eingerieben, so zeigt sich Verschlimmerung des Juckens, weil jene Mittel meist die Haut irritiren und daher auch das Ekzem verschlimmern. Kann man sich keine Klarheit über den Grund des noch bestehenden Juckens verschaffen, so soll man mit beiden Möglichkeiten rechnen und eine Therapie einschlagen, welche sowohl das Ekzem wie etwaige Reste der S. berücksichtigt. Hier empfiehlt Autor das 10—20%ige Perubalsamlanolin, resp. 15—25%iges Peruollanolin.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 13.)

**Scarlatina.** **Eine bösartige Scharlachepidemie** beobachtet jetzt Dr. Günther in Höchstadt a. A. und Umgegend. Sie betrifft hauptsächlich Erwachsene und setzt mit solch rapider Heftigkeit ein, dass in den schweren Fällen der Tod oft schon innerhalb 24 Stunden unter den Zeichen schwerster Sepsis eintritt. Das Leiden beginnt plötzlich mit Erbrechen und zuweilen profusen Diarrhoeen, die Temperatur erreicht rasch die Höhe von 40—41$^0$ und darüber, der Puls 150—160, wird rasch klein, manchmal unregelmässig, die Conjunctiven sind stark injicirt, die Respiration beschleunigt und oberflächlich, das Sensorium benommen, manchmal Delirien und Convulsionen vorhanden, die Tonsillen geschwollen und manchmal mit schmutziggrauen Belegen versehen, Lippen und Zunge trocken, starker Foetor, Submaxillardrüsen frühzeitig erheblich geschwollen und schmerzhaft. Die Epidemie begann gleich mit solch einem schweren Falle, der wie eine schwere Vergiftung verlief und ohne Exanthem, sodass die Deutung schwer gewesen wäre, wären nicht unmittelbar darauf zwei Geschwister an typischer S. erkrankt. Bei dem völlig gesunden Kinde stellten sich plötzlich heftige Diarrhoe und starkes Erbrechen ein, die Temperatur betrug 42,2$^0$, der Puls kaum fühlbar; bald starke Benommenheit, Delirien und allgemeine Convulsionen; Tonsillen leicht geröthet und geschwollen, 12 Stunden nach Beginn der Erkrankung Exitus. Aehnlich verliefen andere Fälle. Die Therapie war ihnen gegenüber völlig machtlos; Wein, Aether- und Campherinjectionen, heisse Bäder und Einwickelungen, Coffein. natr.-benz. u. s. w. hatten nicht den geringsten Effect. Die Beobachtung zeigt, dass diejenigen Fälle, die gleich zu Beginn mit starkem Benommensein des Sensoriums einhergehen, alle tödtlich enden, während Klarbleiben desselben selbst bei sonst gleichen Symptomen als günstiges Zeichen anzusehen ist. Die mittelschweren Fälle sind durchgehends mit Nachkrankheiten complicirt.

**(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 24.)**

— Die **Verwechselung zwischen S. und toxischen scarlatiniformen Exanthemen** ist recht leicht möglich, wie wieder zwei Beobachtungen von Dr. Th. Zangger zeigen. Im 1. Falle handelte es sich um eine Pat., die leicht fiebernd (37,8$^0$) und mit typisch scarlatinösem Exanthem in die Sprechstunde kam; dabei Euphorie, nur Klagen über Hautjucken. Die Anamnese ergab, dass die 28jähr. Frau vor einigen Tagen ein näher nicht zu bezeichnendes sogen.

„Blutreinigungsmittel“ eingenommen hatte, worauf gastro-intestinale Störungen folgten und darauf das Exanthem. Ein am folgenden Tage wegen anhaltender geringer Temperatursteigerung (38$^0$), die sich leicht durch die Ausdehnung der Hautentzündung erklären lässt, zu Hause zugezogener Arzt diagnosticirte S. und isolirte Pat. für 5 Wochen von ihrem kleineren Kinde. Nach 2 Tagen war die Frau gesund und blieb so, verkehrte trotz des Verbotes mit ihrem Kinde und den anderen Hausbewohnern, ohne dass jemand an S. erkrankte. Schwieriger war die Diagnose noch im 2. Falle. Am 19. IV. wurde Autor zu einer 35jähr. Frau, Mutter von 5 Kindern gerufen, die hoch fiebernd zu Bett lag. Neben ihr befand sich ein 7 Wochen alter Säugling, seit dessen Geburt die Mutter das Haus nicht verlassen hatte, Temp. 39$^0$, Hals innen dunkelroth verfärbt und verschwollen, Zungenpapillen stärker hervortretend, typisch scarlatinöses Exanthem an Hals, Brust und Rücken. Die Diagnose wird auf S. gestellt und Pat. ins Krankenhaus verwiesen, sie will aber nicht dahin, sondern der Gatte schickt die 5 Kinder zu anderen Familien. Das Exanthem verbreitet sich auf die Oberschenkel. Pat. hat seit 48 Stunden keine Nahrung zu sich genommen. 20. IV. Pat. hat 38,5-39,5$^0$ Temp., fühlt sich schwer krank, kann sich weder umdrehen noch aufsetzen, ist sehr zittrig, klagt über heftige Schmerzen längs des Rückenmarks, in Arme und Kopf ausstrahlend. Der Ausschlag persistirt noch, geht aber nicht weiter, als bis an die Kniee; seine Farbe ist ganz auffallend, besonders an den Händen mehr weinroth. Ganz wenig Urin ohne Eiweiss. Das Exanthem blasst innerhalb 36 Stunden ab. Ganz auffallend ist die Anorexie. Eine genaue Anamnese ergiebt, dass Pat. am 17. IV. ein schlechtes Ei gegessen, sich am 18. IV. mehrmals übergeben hat und Durchfall hatte, am 19. IV. Fieber bekam. Gegen die heftigen Schmerzen wird Phenacetin in Dosen von 0,4 g mit gutem Erfolg verordnet. Am 21. IV. betrug die Temp. 38-39$^0$, am 22. IV. ist sie 37-38$^0$. Erst am 23. IV. kann mit Milchnahrung begonnen werden. Pat. erholt sich rasch und kann am 26. IV. entlassen werden. Die Hände schuppen noch 2—3 Wochen intensiv. Es erkrankt niemand weiteres. Dies, der Mangel einer Infectionsquelle, der typische Verlauf der Hauteruption, die ungewöhnliche Färbung des Exanthems, der paretische Zustand der Musculatur und die vom Rückenmark irradiirenden Schmerzen, wie man sie bei Fisch- und Fleischvergiftungen öfters beobachtet, das Vorhandensein der gastro-intestinalen Reizung, alles dies sprach dafür, dass man es auch hier nicht mit S. zu thun hatte.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1903 No. 17.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber **Graviditätsicterus** macht Prof. Dr. L. Brauer (Medicin. Klinik Heidelberg) eine Mittheilung. Vor einem Jahre hatte er unter dem Namen „Graviditätshaemoglobinurie“ ein Krankheitsbild beschrieben, in welchem bei einer Frau jeweils mit erneuter Gravidität in den letzten Monaten Mattigkeit, nervöse Reizerscheinungen, Hautjucken und später dann leichter Icterus auf der Basis einer Haemoglobinurie auftraten. Jetzt beobachtete er einen jeweils in graviditate recidivirenden Icterus ohne Haemoglobinurie, eine Krankheit, die er bisher nur 3mal beschrieben fand. Eine 25jährige Bäuerin aus gesunder Familie erkrankte während der vier Graviditäten, die sie bisher durchmachte, stets um den 3.—4. Monat mit sehr heftigen nervösen Reizerscheinungen und heftigem Pruritus, worauf nach einigen Wochen Icterus mit bierbraunem Harn und meist völlig acholischen Stuhlentleerungen auftrat. Stets erfolgte Frühgeburt, nur eines der Kinder lebte acht Wochen. Mit der Niederkunft schwanden sehr bald alle Erscheinungen. Autor sah die Frau zuerst vier Wochen nach Ablauf der 3. Gravidität. Damals war ein im Abklingen begriffener Icterus zu constatiren, Juckreiz und allgemein nervöse Reizerscheinungen waren noch vorhanden, Stuhlgang farbarm; im Urin an Farbstoffen nur reichlich Urobilin, daneben ca. $\frac{1}{2}$ ‰ Albumin, nur ganz vereinzelte Cylinder, kein Gallenfarbstoff, kein Blut. Pat. war elend. Die Leber überragte in der rechten Mammillarlinie den Rippenbogen um $1\frac{1}{2}$ Querfinger, sie war nur undeutlich zu palpiren, Randbeschaffenheit normal. Kein Milztumor, keine Oedeme. Am Circulationsapparat keine auf Nephritis weisende Symptome. Nach einigen Tagen schwanden die Beschwerden zum grössten Theil, es verblieb geringer Pruritus und sehr geringe Albuminurie. Während der letzten (4.) Gravidität sah Autor die Pat. einmal während des 3. Monats. Es bestand wieder stärkerer Pruritus, mässige Erregungszustände, kein Icterus. Im Harn geringe Mengen Albumin, keine morphologischen Elemente. Trotz sorgsamster Behandlung steigerten sich die Beschwerden wieder, sodass Pat. in der Mitte des 5. Monats wieder die Klinik aufsuchte. Mässiger Icterus, starker Pruritus, starke nervöse Reizerscheinungen, Schlaflosigkeit etc. Seit dem 4. Monate starke Leibschmerzen (Wehen). Uterus in Nabelhöhe, deutliche Zeichen von Fluctuation (Hydramnion). Leber nach oben gedrängt, nicht palpabel. Urin reichlich Gallenfarbstoff, kein Haemoglobin, ca. $\frac{1}{2}$ ‰

Albumin, keine Nierenelemente, Stuhl acholisch. Es erfolgte die Geburt, das Kind starb nach 5 Minuten. 1½ Wochen darauf beträchtliche allgemeine Besserung. Leber ebenso gross wie früher, kein Milztumor. Im Urin nur Spuren von Albumin. Pat. ist seit Mitte März 1903 ausser Behandlung, fühlt sich völlig wohl, sieht gut aus. — Was lag vor? Zufällige Complicationen, wie Cholelithiasis, Icterus catarrhalis, exacerbirende Lebercirrhose sind sicher auszuschliessen. Zweifellos standen die Symptome in directer aetiologischer Beziehung zur Gravidität, gehörten jener Gruppe von Erkrankungsformen an, die wir höchstwahrscheinlich in Abhängigkeit zu setzen haben zu den eigenartigen Stoffwechselvorgängen während der Schwangerschaft: Haemoglobinurie, Schwangerschaftsniere, Eklampsie, acute gelbe Leberatrophie, vielleicht auch Icterus menstrualis und Osteomalacie. Diese Affectionen zeigen mancherlei Uebergänge, erscheinen auch combinirt. Obiger Fall zeigte neben dem recidivirenden Icterus die Erscheinungen der „Schwangerschaftsniere". Ob die beiden Formen Icterus und Haemoglobinurie in graviditate principiell zu trennen sind, ist fraglich; es wäre immerhin möglich, dass die Pat., wenn auch keine Haemoglobinurie, so doch Haemoglobinaemie hätte (die Untersuchung war aus äusseren Gründen unmöglich). Wahrscheinlich handelte es sich aber um eine Schädigung des Leberparenchyms, vergleichbar jenen als „Schwangerschaftsniere" beschriebenen renalen Läsionen. Es dürfte daher nicht Wunder nehmen, wenn unter dem Einflusse erneuter Graviditäten sich bei einer solchen Pat. dauernde Veränderungen an Leber und Nieren entwickeln sollten.

(Centralblatt für Gynaekologie 1903 No. 26.)

— Zur **Behandlung der Haematocelen** ergreift Prof. Zweifel (Universit.-Frauenklinik Leipzig) das Wort. Er zeigt zunächst das Präparat einer Tubargravidität, welches vor 14 Tagen durch Operation genommen wurde, bei dem an einer Stelle gerade die Spitze eines kleinen Büschels von Chorionzotten aus dem Peritonealüberzug der Tube herausragt, die eine Oeffnung bewirkt hatten, welche nicht grösser als ein Stecknadelkopf, doch gross genug war, um eine fast tödtliche Blutung in die Bauchhöhle zu verschulden. Das Präparat ist um so lehrreicher, als es zeigt, dass die Eröffnung der Tube keineswegs, wie man früher unter der Dehnungstheorie annahm, erst im 3. oder 4. Monat zu Stande komme; denn hier handelt es sich augenscheinlich

um ein ganz junges Ei, und ergab auch die Anamnese, dass die Periode nur 1mal ausgeblieben war und etwa 8 Tage nach dem Ausbleiben, also 5 Wochen nach der letzten Menstruation, die Blutung auftrat. Ein Ei, welches nur haselnussgross ist, kann nicht die Tube durch Dehnung sprengen. Wenn es also bis an die Serosa und durch dieselbe bis in die freie Bauchhöhle gewachsen ist, so muss dies ein activer Vorgang sein. Es ist jetzt sicher bewiesen, dass es sich bei der Tubengravidität fast immer um ein Einnagen des Eies in die Musculatur der Tube handelt. Die Eileiterschleimhaut hat ein so geringes Bindegewebe, dass das Ei in der Tube bald nicht mehr innerhalb der Schleimhaut, sondern zwischen den Muskelschichten liegt und so, die Eileiterwand aushöhlend, bis dicht unter die Serosa gelangt, die dann unter Umständen durch einen geringeren mechanischen Anlass berstet, in anderen Fällen ohne jeden äusseren Anlass durch die Chorionzotten eröffnet, usurirt wird. Ob es dabei nur mässig blute und das Blut durch die Gerinnung bald abgekapselt werde, oder ob eine lebensgefährliche Blutung in die freie Bauchhöhle entstehe, ist lediglich Zufall. Die Abkapselung führt zu dem bekannten Krankheitsbild der im Douglas'schen Raume liegenden Blutgeschwulst, der *Haematocele retrouterina, die nach heutigen Anschauungen regelmässig als Folge einer tubaren Schwangerschaft angesehen wird.* Freilich giebt es noch andere Anlässe zur Bildung von Blutgeschwülsten im kleinen Becken. Aber man darf weder in den Fehler verfallen, jede blutwässrige Ansammlung des Douglas als Haematocele zu bezeichnen, noch einen Fall, bei welchem man mit blossem Auge keinen Embryo und keine Placenta findet, als Gegenbeweis gegen Gravidität anzusprechen. Die Auffassung, dass der Haematocele regelmässig eine ektopische Schwangerschaft vorausgeht, ist durch mikroskopische Untersuchung der Tuben als erwiesen anzusehen. Früher war man geneigt, die grossen Haematocelen auf Platzen von Eileiterschwangerschaft zu beziehen, die kleinen Blutgeschwülste als „katamenial“ zu bezeichnen, bis Werth durch Beobachtung von 2 Fällen, in denen die Tube völlig unverletzt, also nicht geborsten, in die im Douglas befindliche Blutgeschwulst eintauchte, die neue Lehre einführte, dass auch die theilweise oder völlige Lösung des Eies, also ein Abortus, ganz so wie bei der intrauterinen Gravidität vorkomme und solche kleineren Haematocelen bilde. Als diese Lehren durch zahlreiche Beobachtungen klargelegt

waren, wurde regelmässig bei einer Haematocele, welche in den ersten Wochen seit dem Ausbleiben der Menstruation entstand, ein Tubarabortus diagnosticirt und ausschliesslich die später, im 3. Monat eintretenden Katastrophen auf Platzen des Eileiters bezogen. Diese Auffassung ist nach den neuen Lehren von der Einbettung des Eies unter Durchnagen der Schleimhaut der Tube nicht mehr haltbar; denn es kann zu jeder Zeit, auch schon wenige Wochen nach dem Ausbleiben der Menstruation zu einer Eröffnung der Serosa der Tube kommen und, wenn die Blutung in die freie Bauchhöhle geht, eine rasche Verblutung erfolgen, oder wenn der Zufall günstig ist und nur eine gefässarme Stelle des Peritoneums getroffen wird, eine baldige Abkapselung zu Stande kommen. Es kann aber auch zuerst die Eikapsel in der Tube einreissen, Blut durch das Ostium tubae abdominale ausfliessen, eine Blutgeschwulst im Douglas entstehen und nachträglich doch noch eine andere Stelle der Tube, an welcher das Ei weiter wuchs, usurirt werden. Sofort werden durch diese Thatsachen auch diejenigen Fälle erklärt, in denen es nach dem Ablauf der 1. Blutung und nach Abkapselung des Blutes zu einer 2. Katastrophe kam, die früher so aufgefasst wurde, dass die Haematocele in die freie Bauchhöhle durchgebrochen oder geplatzt sei. Autor will zwei Frauen vorstellen, die mit erst abgegrenzter Haematocele retrouterina in vollständig ausgeblutetem Zustande der Klinik zugeführt wurden, bei denen die Operation den stricten Beweis brachte, dass zu der bestandenen abgekapselten Blutgeschwulst eine neue Blutung in die Bauchhöhle hinzugekommen war, die den Pat. fast das Leben kostete. Es sollen aber hier hauptsächlich praktische Gesichtspunkte in Erwägung gezogen und daher die Folgerungen aus den vorgebrachten Thatsachen gezogen werden. Da muss man zunächst sagen: Wenn bei einer schwangeren Frau ein Anfall von peritonitischen Erscheinungen eintritt, d. h. grosse Schmerzen im Unterleib, Ohnmacht, Verfall, Erbrechen und Kleinerwerden des Pulses, so ist bei Fieberlosigkeit immer zuerst an eine Usur der schwangeren Tube zu denken und bei der grossen Gefahr des Gehenlassens und der sehr guten Aussicht des frühen Operirens unbedingt die sofortige Operation nothwendig. Auf diesem Standpunkt stehen jetzt so ziemlich alle Gynaekologen. Die Fälle von acuter Blutung in die freie Bauchhöhle gehen regelmässig zu Grunde, wenn man sie nicht so zeitig zur Operation bekommt, dass sie wenig-

stens noch etwas Puls haben, während die Pat., welche noch athmen, wenn sie vom Operationstisch herunterkommen, in der Regel genesen. Die Operation selbst ist leicht; denn sie besteht in dem raschen Aufsuchen der blutenden Tube und Abklemmen derselben. Dann erst wird narkotisirt und gleichzeitig eine subcutane Kochsalzinfusion gemacht, worauf die Tube abgebunden und alles Blut bis auf den letzten Tropfen aus der Bauchhöhle entfernt wird, da sonst ein ausgezeichneter Nährboden für Fäulnisskeime bestehen bleibt. Von frisch usurirten Tubengraviditäten und starker lebensgefährlicher Blutung in die Bauchhöhle kamen seit 1890 in die Klinik 14 Fälle zur Operation und kamen alle zur Heilung, obwohl mehrere während der Operation keinen Puls mehr an der Radialis hatten, ausserdem wurden noch 4 Fälle eingeliefert, die vor Ankunft in den Operationssaal starben. Unter jenen 14 Fällen befanden sich 4, welche vor Eintritt der lebensgefährlichen Blutung schon eine abgekapselte Haematocele hatten. Dies Ereigniss ist also gar nicht so selten und muss bei der Prognose der Haematocele in Rechnung gezogen werden. Man muss also da, wo eine Haematocele schon gebildet ist, mit der Möglichkeit einer nachträglichen Blutung rechnen und mindestens 2—3 Wochen lang Vorsorge treffen, um im Falle einer plötzlichen Verschlechterung durch sofortige Operation nachhelfen zu können. Auch im Privathaus ist auf diese Möglichkeit stets hinzuweisen und Rücksicht zu nehmen. Wie sind aber nun abgekapselte Haematocelen zu behandeln? Antwort: Exspectativ. Nur Verjauchung des Blutes, anhaltende Schmerzen und besondere Grösse der Blutgeschwulst indiciren die Operation, die erst nach Bildung einer festen Kapsel zulässig ist. Als Eingriff kommt in erster Linie die Kolpotomia posterior in Frage, also die schichtweise Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes und Douglas, Ausräumen des geronnenen Blutes durch Zertheilen mit zwei Fingern, Wegspülen der Blutgerinnsel und nach Trockenlegung der Höhle Ausstopfen derselben mit Jodoformgaze. Die Operation ist einfach, ohne Narkose ausführbar; in 14 Tagen können die Pat. aufstehen. Manchmal allerdings, z. B. wenn man noch einen Blutknollen in der Tube findet, muss man sofort die Laparotomie anschliessen. Diejenige Grösse der Geschwulst, welche an sich einen Eingriff indiciren kann, ist die, bei der die Blutgeschwulst über die Linea terminalis hinaufweist, also viel grösser, als ein Kindskopf ist, und bei der die Resorption Wochen

und Monate in Anspruch nimmt. In den letzten 3¼ Jahren, wo unter 94 Fällen 9 Usuren der Tube, darunter 4 nachträgliche, vorkamen, wurden behandelt 43 Pat. exspectativ, 18 mit Kolpotomie, 33 mit nachträglicher Laparotomie. Von allen Pat. starb nur eine nicht operirte, sterbend ins Haus gebrachte; alle Operirten wurden vollkommen geheilt. Bei den sehr günstigen Ergebnissen der exspectativen Behandlung strebt auch Autor danach, diese so oft als irgend möglich einzuhalten, zumal es immer, wenn man die Ausräumung des Douglas beginnt, von Zufälligkeiten abhängt, ob man sich darauf beschränken kann oder nicht. Auf der andern Seite ist Autor oft in einer Zwangslage, weil ihm bloss die grossen Haematocelen zugeschickt werden, die privatim schon wochenlang behandelt wurden, wo die Pat. durch grosse Schmerzen und lange Dauer der Krankheit so mürbe sind, dass sie den dringenden Wunsch haben, dass etwas geschehe. Allen wird erklärt, dass sie event. ohne Operation, aber erst in längerer Zeit gesund würden, dass die Operation aber die Heilungsdauer abkürze, die Schmerzen beseitige. Nun gehören die meisten den ärmeren Schichten an, sie können nicht so lange müssig daliegen, wollen recht bald gesund werden und da giebt es eben bloss die Operation, da es oft sehr lange dauert, bis das Blut resorbirt wird, und wir keine sicheren Mittel zur Beschleunigung der Resorption besitzen. Man macht ja gewöhnlich Jodanstriche, besser noch wirkt Hydrotherapie und Bettruhe, aber immerhin langsam und unsicher. (Münchener med. Wochenschrift 1903, No. 34.)

— Ueber **Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers** lässt sich Prof. H. Fehling aus. In der Strassburger Klinik wurden in den letzten 10 Jahren 377 Fälle infectiöser Wochenbettserkrankungen behandelt, von denen 67 (=17,7%) starben. ¼ sämmtlicher dieser Frauen (= 25%) waren operativ entbunden; von den spontan Entbundenen starben 11%, von den operativ Entbundenen 29%. Unter den Operationen überwog die manuelle Placentarlösung mit 46%; ebenso stellte die Placentarlösung bei den Gestorbenen das höchste Contingent. Diese Zahlen geben dem Arzte wohl die beste Mahnung, in der Praxis viel sparsamer zu sein mit der Placentarlösung. In des Autors Klinik kamen in den letzten 2 Jahren bei 1600 Geburten 0,5% Placentarlösungen vor. Durch richtige Leitung der Nachgeburtszeit kann man zweifellos manche Placentarlösung verhindern. Zunächst empfiehlt sich die exspectative Behand-

lung. Tritt eine stärkere atonische Blutung auf, dann geht man zur Massage des Uterus über und versucht nur dann, wenn die Blutung nicht steht, frühzeitige Expression. In manchen Fällen, z. B. bei grosser Wehenschwäche im Verlaufe der ganzen Geburt, *stets* bei Placenta praevia, wird man die Credé'sche Methode anwenden. Misslingt die Expression und ist Gefahr im Verzuge, dann kann man immer noch zuerst in Narkose einen Expressionsversuch machen, der in vielen Fällen noch die Placenta zu Tage fördern wird. Muss man jedoch zur Placentarlösung schreiten, so sind zuvor möglichst ausgiebig Vulva, Schenkelgegend, Schamberg, Scheide und Uterus zu desinficiren. Beim Eingehen mit der Hand bedecke man die Analgegend mit einem Stück steriler Gaze. Bei den der Placentarlösung folgenden fieberhaften Erkrankungen scheint doch die Mehrzahl trotz der vorgenommenen Händedesinfection durch frisch von aussen eingebrachte Keime inficirt worden zu sein; in einzelnen Fällen handelt es sich allerdings wohl um Einimpfung von Keimen, welche schon zuvor im Genitaltractus enthalten waren. Autor erinnert hier an die Händedesinfectionsversuche seines Assistenten Schuhmacher. An den zu klinischer Untersuchung im Kreissaal desinficirten Studirenden fanden sich bei Entnahme des Nagelschmutzes mit Hölzchen in 72% die Hände inficirt, d. h. denselben entwuchsen noch Keime. Noch schlimmer war das Ergebniss (93%), wenn die desinficirten Hände nach Hägler mit Seidenfäden abgerieben wurden. Allerdings fanden sich an diesen desinficirten Händen nie Streptokokken, dagegen in 19% Staphylococcus aureus, sonst albus, citreus und andere harmlose Keime. Sehr bemerkenswerth ist, dass bei diesen 500 Untersuchungen nach der Desinfection *nie* Streptokokken sich fanden. Kommen also in der Praxis einer Hebamme noch Epidemieen mit Todesfällen vor, so würde Autor dieselbe nicht für unschuldig erklären, sondern behaupten, dass sie sich nicht genügend desinficirt hat. Ebenso zeigen die Beobachtungen Palmer's, dass auch eine 8 tägige Carenzzeit nicht genügend, wenn eine inficirte Hebamme sich nicht zu desinficiren versteht. Nicht die Zeit, sondern die Methode ist maassgebend! Bemerkenswerth ist ferner der Nachweis, dass in den im Wochenbett fieberhaft verlaufenden Fällen die Hände etwas häufiger stark, speciell gerade mit Staphylococcus aureus, sich verunreinigt fanden, als bei Geburten mit ungestörtem Wochenbett. Um nun festzustellen, ob die an den Händen thatsächlich trotz Desinfection verbleibenden

Keime imstande sind, fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett hervorzurufen, wurden Versuchsreihen auf der Klinik durchgeführt, indem während eines Jahres abwechselnd die Studirenden die eine Gebärende mit sterilen Gummihandschuhen, die nächste ohne solche untersuchten. Es ergab sich nun in der Morbidität ein kaum bemerkenswerther Unterschied. Auch ist für grössere Operationen, z. B. Zange, Wendung, Perforation der Handschuhgebrauch etwas riskirt, weil dieselben leicht einreissen, für die Placentarlösung ist wohl das Tasten dabei nicht zuverlässig genug. Wenn Schumacher nachgewiesen, dass es schwer, ja unmöglich ist, seine Hände von allen Keimen zu befreien, so ergiebt sich daraus als Hauptpflicht für den Arzt, *die Hände vor Verunreinigung mit pyogenen und anderen gefährlichen Keimen möglichst zu schützen.* Autor hat daher in seiner Klinik seit 2 Jahren *den systematischen Gebrauch der Friedrich'schen Gummihandschuhe eingeführt, um die Hände vor Verunreinigung mit schädlichen Stoffen zu schützen.* Autor untersucht auf der gynaekologischen Abtheilung keine Kranke ohne Gummihandschuhe, und auch die Assistenten, Volontäre sind dazu verpflichtet, namentlich wo es sich um eitriges Secret, Ausflüsse bei stinkendem Abort, Carcinom und Mastdarmuntersuchungen handelt. Dadurch ist es ermöglicht, jederzeit für geburtshülfliche Untersuchungen und Maassnahmen reine Hände zu bewahren; und die trotzdem vorher noch vorzunehmende Desinfection nach Fürbringer giebt um so sichereren Verlass. In der That beweisen die Ergebnisse der letzten 2 Jahre den Erfolg dieser prophylaktischen Anwendung der Gummihandschuhe. 1901 : 802 Geburten, 5 schwere Erkrankungen, 11 % Morbidität, kein septischer Todesfall. 1902 : 803 Geburten, 1 schwerer Fall, 8,47 % Morbidität, kein Todesfall an Sepsis. Die Morbidität ist also dieselbe, wie die jüngst von Döderlein für die Tübinger Klinik angegebene, wo bei ausschliesslicher Untersuchung sämmtlicher Gebärender mit Gummihandschuhen 8,9 % Morbidität sich ergab. Wenn Autor demnach dasselbe Resultat ohne Handschuh erreichte, so kommt noch hinzu, dass es nicht richtig ist, den Studirenden die Nutzlosigkeit der Händedesinfection so nahezulegen, es kommt ferner die Gefahr hinzu, dass unter dem Handschuh ungenügend desinficirte Hände arbeiten, was sich, wenn der Handschuh kleine Defecte bekommt, bitter rächen kann. Dasselbe Verfahren lässt sich auch in der Privatpraxis leicht durchführen. *Der Arzt soll immer 1—2 Paar Gummihandschuhe bei sich führen und bei allen schmutzigen,*

*ja nur verdächtigen Untersuchungen sich derselben bedienen. Dann ist er immer rein, d. h. relativ rein für geburtshülfliche und andere Eingriffe.* Die Desinfection der Handschuhe ist sehr einfach. Nach Gebrauch soll man dieselben vor dem Abziehen immer erst mit Seife und Bürste und dann im Desinficiens bearbeiten; dann werden sie vor dem Gebrauche ausgekocht. Hat man keine Zeit oder Gelegenheit, dieselben vorher auszukochen, oder will man bei länger dauernder Operation nicht in nassen Handschuhen manipuliren, so genügt auch 2—3 Minuten langes Waschen der Handschuhe mit heissem Wasser und Bürsten und dann mit Desinficiens. Was die *Therapie des Puerperalfiebers* anbelangt, so sind die Erfahrungen mit dem Marmorek'schen und Tavel'schen Serum noch zu gering, auch nicht gerade viel versprechend. Die Versuche mit Unguent. colloidal. Credé zeigten gar keinen Erfolg. Dagegen lässt sich der intravenösen Einspritzung des Argent. colloid. ein gewisser Werth nicht absprechen. Autor verwendet sterile 2%ige Lösung und giebt davon 10—20 ccm intravenös, in eine Vene der Ellenbogenbeuge direct mit feiner Nadel injicirt. Die Erfolge waren sehr wechselnd. Manchmal fielen unmittelbar auf die Injection Temperatur und Puls ab, bisweilen recht bedeutend, mit subjectiver Erleichterung der Kranken, die Schlaf, Appetit etc. bekamen. Bei Wiederanstieg mussten neue Injectionen gemacht werden, oft täglich, 8—10 Tage hintereinander. Ob die vorgekommenen Heilungen aber dem Verfahren als solchem zuzuschreiben sind, darüber möchte sich Autor sehr vorsichtig äussern. Es kamen auch Todesfälle vor. Jedenfalls ist das Verfahren jetzt schon als Heilfactor im Kampfe gegen das Puerperalfieber heranzuziehen. Die Hauptsache aber bleibt doch die Prophylaxe, als deren Grundregel heute aufzustellen ist: *Die möglichste Freihaltung der Hände von inficirendem Material*, d. h. Gummihandschuhe für jede Art der vaginalen und rectalen Untersuchung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 33.)

**Tuberculose.***) Die Präparate einer **Miliartuberculose, die sich nach einem Abort entwickelt,** demonstrirt Hoch-

*) Da der epochemachende, von Behring bei der letzten Naturforscherversammlung gehaltene Vortrag über „Lungenschwindsuchtsentstehung und Tuberculosebekämpfung" bereits in allen Tageszeitungen (leider!) ausführlich abgedruckt ist, glaubten wir den geringen uns hier zu Gebote stehenden Raum nicht durch eine Reproduction unnöthig in Anspruch nehmen zu sollen. Behring publicirte die Arbeit in der „Deutschen medic. Wochenschrift" No. 39. Redact.

haus. Pat., eine 22jährh. Frau, hatte 9 Tage vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus abortirt im 4. Monat. Am 1. Tage ziemlich starke Blutung, dann leidliches Wohlbefinden bis zum 5. Tage, wo sie mit Fieber und geringen Beschwerden im Leibe erkrankte. Bei der Aufnahme war der Leib weich, aus der Vagina geringer, etwas fötider Fluor; der Uterus war faustgross, weich, die Parametrien frei. Ueber den Lungen die rechte Spitze gedämpft, sonst der Schall normal. Ueber ersterer war das Athmungsgeräusch sausend, über den übrigen Lungenparthieen scharf vesiculär, mit zahlreichem feuchtem, klein- und mittelgrossblasigen Rasseln, Sputum schleimig, eitrig; darin keine Tuberkelbacillen. Herz, Leber und Milz normal. Im Urin kein Eiweiss, aber viel Indican. Temperatur 39,3 bis 40,2°. Puls 138. In den folgenden Tagen wurde der fötide Ausfluss aus der Vagina durch Spülungen, nachher durch eine Ausschabung des Uterus ganz beseitigt; dagegen blieben die Lungenerscheinungen, der Husten, die Dyspnoe und das hohe Fieber, sowie die grosse Pulsfrequenz unverändert. Allmählich wurde, trotz Anwendung aller Reizmittel, der allgemeine Kräftezustand immer geringer, der Puls kleiner und frequenter und die Patientin starb 38 Tage nach der Aufnahme an Herzschwäche. Die Lungenerscheinungen hatten sich während der Zeit im ganzen wenig geändert, nur in den unteren Lungenparthieen waren die Zeichen der Hypostase aufgetreten, das Sputum blieb stets schleimigeitrig ohne Tuberkelbacillen, das Fieber schwankte zwischen 39 und 40,2°. Die Pulsfrequenz stieg bis 156. Bei der Autopsie fand sich nun: Eine Miliartuberculose der Lungen, ausserdem an der rechten Spitze eine derbe, schiefrige Induration; das Peritoneum parietale und viscerale war mit fibrinösen Gerinnseln und zahlreichen miliaren Knötchen bedeckt; auch in der Leber und Milz fand sich eine reichliche Aussaat derselben; beide Tuben waren mit zahlreichen, knotigen Käsemassen angefüllt; im Uterus war an der Placentarstelle eine Gewebswucherung, die auf dem Durchschnitt ebenfalls verkäste Massen zeigte, welche sich als Tuberkel erwiesen. Nach diesem Befunde unterliegt es keinem Zweifel, dass die Miliartuberculose von der Tuberculose des Uterus ihren Ausgang genommen; letztere ist augenscheinlich hervorgerufen durch die Tubentuberculose und diese möglicherweise eine Folge der rechtsseitigen Spitzenerkrankung, die jetzt allerdings vollkommen vernarbt erscheint. Merkwürdig erscheint am klinischen Verlauf die lange Dauer der Miliartuberculose, sowie das

vollkommene Fehlen von irgendwelchen Symptomen von Seiten des doch stark erkrankten Bauchfells. Der Fall ist auch eine Illustration zu der grossen Gefahr, die die Schwangerschaft für Tuberculöse bietet.

(Allgem. ärztl. Verein zu Köln, 20. IV. 1903. — Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 35.)

— Die **Anaesthesirung der oberen Luftwege bei Tuberculösen** bespricht Dr. E. Pollatschek (Kg. Elisabeth-Lungensanatorium Budapest). Meist wird der Husten der Phthisiker mit Narkoticis behandelt. Aber die Ursache des Hustens liegt sicher in 70% der Fälle in den oberen Luftwegen. Die Störungen der Nasenathmung, das vom Nasenrachenraum herabfliessende oder von dort herstammende Secret, die verschiedensten Veränderungen des Rachens und Kehlkopfes werden von der üblichen Therapie nicht beeinflusst, während die causale Behandlung oft Vorzügliches leistet. Bei eintrocknendem Nasensecret ist Ausspülung der Nase mit lauer 2%iger Natr. bicarb.-Lösung, bei Pharyngitis sicca ist das Eintropfen von Vaselinöl in die Nase, um während der Nacht den Rachen feucht zu halten, oft von grösserer Wirkung, als Heroin. Bei den Pharynxerkrankungen pinsele man 2mal täglich mit Adstringentien (Tannin, Zinc. sulf., Jodglycerin). Die im Kehlkopf entstehende Trockenheit, das Kratz- und Juckgefühl sind mit localen Anaestheticis zu behandeln. Während Autor früher Cocain und Orthoform benützte, macht er seit einem Jahre Versuche mit Anaesthesin, die sehr befriedigend ausfielen. Sowohl zur Kehlkopfeinspritzung wie zur Inhalation eignet sich folgende Emulsion:

Rp. Menthol. 1,5
Pulv. gumm. arab.
Ol. amygd. dulc.
Aq. dest. āā 10,0.
M. f. emulsio. Adde
Anaesthesin 3,0—4,0—5,0
Spir. vin. conc. 40,0.
Aq. dest. 65,0

Von dieser Lösung 1 ccm, was 3—4 ctg Anaesthesin entspricht, in den hartnäckigsten Fällen von Dysphagie angewendet, bringt Anaesthesie in 5—8 Minuten hervor, die 3—30 Stunden anhält. Mit Wasser verdünnt, eignet sich die Lösung zur Inhalation, die ebenfalls anaesthesirend wirkt. Die Lösung wirkt auch eclatant auf den Husten laryngealen Ursprungs ein, der auf mehrere Stunden bis

zu 2 Tagen gestillt wird. Auch Inhalationen wirken so, und sind Narkotica meist ganz zu entbehren. Intoxication sah Autor bei seinen 350 Fällen nie, er erklärt deshalb Anaesthesin für ein unschädliches und zuverlässiges Mittel zur Anaesthesirung des Kehlkopfes, zur Linderung des Kratzens und der Dysphagie und besonders des laryngealen Hustens des Phthisiker.

(Die Therapie der Gegenwart, September 1903.)

**Unguis incarnatus.** **Der v. Langenbeck'sche Nadelhalter, als Nagelextractor benützt,** hat sich in dieser Eigenschaft bei Dr. A. Rahn bestens bewährt. Dies bekannte Instrument beschleunigt und mildert diesen Eingriff sehr. Es lässt sich mit seiner flachen Rundung und der dünnen, schlanken, wenig gewölbten Branche ganz leicht unter den Nagel und nach allen Seiten hin schieben, und die vorgeschobene Branche gleitet im Nu und geradezu schnellend bis zum Nagelfalze hin. Die Riefungen auf den flachen, inneren Seiten der beiden nunmehr sich schliessenden und den Nagel ergreifenden Branche gewährleisten sodann ein sicheres Zufassen und Festhalten, und mit wenigen seitlichen Rotirungsbewegungen wird der Nagel herausgerissen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

---

# Vermischtes.

— Ueber die **Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens** spricht Prof. Penzoldt (Erlangen). Wenn die Schnürleber auch in der Regel geringe praktische Bedeutung hat, so kann sie doch unter Umständen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung eine gewisse Wichtigkeit bekommen, wenn der abgeschnürte Theil eine aussergewöhnlich grosse Beweglichkeit zeigt. Eine solche hat Autor in den letzten Jahren bei drei in allen Einzelheiten fast genau identischen Fällen beobachtet. Bei allen drei weiblichen Pat. liess sich das ganze abgeschnürte Stück ungemein stark um eine durch den Stiel von vorn nach hinten gelegte Achse drehen. Die Frauen, 31, 35, 50 Jahre alt, haben alle zeitweise über beim Bücken und

Arbeiten stärker werdende Beschwerden geklagt; eine hatte mal so heftige Schmerzen, dass sie 8 Wochen bettlägerig war. Die Pat. hatten sämmtlich mehrere Geburten überstanden, Corsett nicht oft getragen, dagegen die Röcke immer mit Bändern um die Taille gebunden gehabt. Bei der Besichtigung des Leibes sieht man eine oberhalb des Nabels quer über das Abdomen verlaufende Furche. Von dieser nach abwärts ist rechts vom Nabel eine bis zur Spina anter. super. reichende Vorwölbung sichtbar. Dieselbe ist durch einen länglichen, glatten, unschmerzhaften, durchschnittlich 6 cm breiten Tumor von der Consistenz der normalen Leber bedingt, der sich nach unten, links gegen die Mittellinie und rechts mit einem stumpfen Rand gegen die Umgebung abgrenzen lässt, nach oben aber deutlich in die Leber übergeht. Einen Querfinger oberhalb des Nabels geht der Rand ziemlich rechtwinklig in den linken Leberlappen über. Bei der Einathmung verschiebt sich der untere Rand etwas nach abwärts. Mit der Hand lässt sich der Tumor nach rechts und links leicht verschieben, nach links bis hinauf ins Epigastrium. Er führt somit eine Drehung von mehr als einem rechten Winkel aus. Im Epigastrium kann man ihn festhalten lassen und während dessen die rechte Bauchseite abtasten. Bei allen drei Pat. liess sich alsdann *die rechte Niere fühlen.* Alle drei wurden jahrelang beobachtet, die Erscheinungen blieben unverändert und liessen jeden Zweifel ausschliessen, dass es sich um etwas anderes handeln konnte, als um einen enorm beweglichen, abgeschnürten Leberlappen. Dass ein solcher, namentlich bei der ersten Untersuchung und wo subjective Beschwerden vorhanden sind, zu Täuschungen Veranlassung geben kann, erscheint aber sehr wohl möglich. Vor Verwechselung mit einer Neubildung, welche vom Dickdarm, Drüsen oder den Ovarien ausgehen könnte, schützt: das Fehlen der Schmerzhaftigkeit, ausgesprochene Höckerung, stärkere Härte, die Verschieblichkeit ins Epigastrium und bei längerer Beobachtung die unveränderte Beschaffenheit und der Mangel kachektischer Erscheinungen. Die Verwechselung mit einer vergrösserten und beweglichen Niere, welche in obigen Fällen thatsächlich anfangs vorkam, wird wohl am besten dadurch vermieden, dass man während der Fixirung des Tumors im Epigastrium die rechte Niere abtastet. Wenn letzteres nicht möglich, wird man ausser auf die der Niere nicht entsprechende Form auf den Zusammenhang mit der Leber und die Unmöglichkeit der weiteren Verschiebung in der

geraden Richtung nach unten das Hauptgewicht legen müssen. Etwas schwieriger wird sich event. die Unterscheidung von einer vergrösserten Gallenblasse gestalten. Der zungenförmige Fortsatz des rechten Leberlappens mit der vergrösserten Gallenblase, den Riedel beschrieb, ist wohl nicht so gross und nicht so beweglich, wie in obigen Fällen. Die vergrösserte Gallenblase *ohne* gleichzeitige abnorme Beweglichkeit des Schnürlappens wird sich nicht so weit verschieben lassen können. Im übrigen werden die auf Erkrankung der Gallenblase und Gallenwege deutenden Erscheinungen für die Differentialdiagnose in Betracht kommen. In therapeutischer Beziehung wird auf jeden Fall, auch wenn keine erheblichen Beschwerden vorliegen, jeder anhaltende Druck auf die Schnürfurche und jeder Zug an den Unterleibsorganen nach abwärts zu vermeiden sein. Dies erreicht man am einfachsten durch ein Leibchen aus starker Corsettleinwand, welches nach Art einer geschlossenen Herrenweste breit auf den Schultern aufliegt. An demselben sind etwas oberhalb der Taille Knöpfe vorn und hinten angebracht, an welchen Hosen, Unterröcke und der Oberrock unter Vermeidung jeder Zusammenschnürung der Taille angeknöpft werden. Unter dem Leibchen darf, wenn es aus anderen Gründen wünschenswerth erscheint, ein leichtes Corsett lose getragen werden. Diese Vorschriften, welche Autor seit Jahren in allen Fällen von Enteroptose, Nephroptose, Magengeschwür etc. giebt, stellen die zweckmässigste Art, die Unterkleider zu tragen, für alle Frauen dar und bewährten sich auch hier. Wenn die Beschwerden stärker sind, so kann man es versuchen, durch eine Leibbinde mit Schenkelriemen den Leib zu schützen. In einem Fall liess Autor in der Binde eine halbmondförmige Polsterung anbringen, welche mit der Convexität an der Symphyse anliegt. Von dieser kann man erwarten, dass sie den beweglichen Tumor etwas nach oben hält und überhaupt in seiner Beweglichkeit beschränkt. In einem anderen Falle liessen die Beschwerden nach, als die Pat. sehr an Gewicht zunahm; also auch eine Mastcur kommt event. in Betracht. Sollten einmal alle diese Maassnahmen erfolglos bleiben und die Beschwerden sehr anhaltend sein, so müsste man die Anheftung des Lappens an die Bauchwand ausführen, wie es in einem Falle von Hacker geschah. — Nachträglich sah Autor einen vierten Fall. Der Tumor rechts oben vom Nabel war kleiner, etwa in der Grösse eines halben Gänseeies. Der Versuch, ihn ins Epigastrium zu verschieben, gelang

ebenso wie bei den anderen Fällen. Es bestehen seit 14 Tagen heftige Schmerzen, die zu Bettruhe zwingen. Es dürften also die Fälle von enormer Verschieblichkeit der Schnürlappen der Leber gar nicht so selten sein, weshalb Autor empfiehlt, *Tumoren rechts vom Nabel auf ihre Verschiebbarkeit ins Epigastrium regelmässig zu prüfen.*

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

— Ein **Ohrspeculum mit stellbarer Lupe** hat Dr. Bergemann (Husum) construirt. Der conische Theil, von der Form der üblichen Ohrtrichter, ist mit einem Cylinder fest verbunden; in letzterem läuft ein anderer Cylinder, der an seinem inneren Ende die Lupe in offener Fassung trägt. Der untere Ausschnitt dient zur Auswechelung der Lupe. Die Vorzüge des einfachen Apparates, der mit grösserer (5,5 mm) und kleinerer (3,5 mm) Trichteröffnung zu haben ist (H. Windler, Berlin. Preis etwa 6 Mk.) und der überraschend deutliche Vergrösserungsbilder feiner Veränderungen (Gefässbildungen, Niveauunterschiede, Luftblasen etc.) liefert, sind besonders:

1. Seine Stabilität und Handlichkeit;
2. Die bequeme Einstellbarkeit der Lupe bei fixirtem Speculum zur Herstellung deutlicher Vergrösserungen der einzelnen verschieden tief gelegenen Theile.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

— Ueber die **dermato-therapeutische Verwendung einiger Oele** macht Dr. K. Herxheimer (städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) Mittheilung. Zunächst über das *Baumwollsaatöl* (Cottonoil, Ol. Gossypii). Das frisch in Nordamerika geschlagene Oel besitzt grosse Haltbarkeit. Es eignet sich besonders zur Herstellung des *Spirit. saponat. kalinus* an Stelle des Ol. Lini. Der Spirit. sapon. kalin. gossypat. wurde hergestellt aus 2 Th. Spiritus und 1 Th. Sapo kalin. Die so bereitete Seife ist ganz hell und durchsichtig, reizt die Haut garnicht, schäumt gut und übertrifft auch bezüglich des Geruches das übliche Präparat. Das Oel fand auch Verwendung als Zusatz zu Haarwässern bei Behandlung der *Pityriasis capitis:*

Rp. Acid. salicyl. 1,0
Ol. Gossypii 5,0
Spir. vin.
Spir. Lavendul. $\overline{aa}$ ad 100,0

Zu Einreibungen bei *Alopecia areata* kann empfohlen werden:

Rp. Ol. Gossypii 2,0
Tct. Benz. 20,0
Spir. vin.
Spir. Lavendul. āā 40,0

oder

Rp. Ol. Macid.
Ol. Terebinth.
Ol. Gossypii āā 30,0

Einen besonderen Werth hat das Oel als Ersatz des Olivenöls bei Suspensionen von unlöslichen Quecksilbersalzen, und hat Autor seit 1½ Jahren das Hydrarg. salicyl. und thymolic. sowie das Calomel meist in Ol. Gossypii suspendiren lassen, da Schmerzen und Infiltrate dabei auffallend selten und wenig intensiv waren, nie ein Abscess entstand, nie Embolie. Als gutes Suspensionsmittel ist aber hier auch das *Erdnussöl* (Ol. Arachidis) zu nennen, das aus den französischen Colonieen in Westafrika kommt. Dies Oel eignet sich auch zur Bereitung des *Unguent. emolliens*, das dadurch eine blendendweise Farbe erhält. Dies Ung. emolliens album reibt sich sehr gut in die Haut ein und eignet sich daher besonders als Vehikel bei Erkrankungen der behaarten Kopfhaut. Als Zusätze, z. B. bei der Pityriasis sicca capitis kommen vornehmlich Salicylsäure, Schwefel, Resorcin, Hydr. praec. alb. in Betracht. Als *Lösungsmittel für Jod* empfiehlt Autor das *Ol. pedum tauri*, Dies Ol. Jodi erwies sich als mildes, reizloses Jodmittel, das die Jodtinctur vollständig ersetzte, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen zu besitzen.

(Therap. Monatshefte, Juni 1903.)

— Die **Galvanotherapie des Menière'schen Symptomencomplexes** empfiehlt Dr. J. Bloch auf Grund der damit in der I. Deutschen medic. Klinik in Prag erzielten Erfolge. Die Behandlung bestand in einer Galvanisation quer durch den Schädel, wobei abwechselnd die beiden Elektroden an der Schuppe des Schläfebeins der einen und am Proc. mastoid. der anderen Seite lagen. Die Stromstärke betrug 1—2 M.-A., der Strom wurde allmählich ein- und ausschleichen gelassen, die Dauer der Sitzungen, welche täglich oder in grösseren Intervallen stattfanden, 4—5 Minuten.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

— **Scopolamin bei Gastrosuccorrhoe,** also jenen mit Hypersecretion verbundenen Erkrankungen des Magens, benützte mit bestem Erfolge Dr. M. Pickardt (Berlin). Das

Mittel (als Bromid zu 2mal je 0,3 Milligrm. in Lösung 2mal täglich je 4 Wochen gereicht) brachte bei einem Falle von chron. Magensaftfluss die Secretion und subjectiven Beschwerden dauernd zurück. In zwei weiteren Fällen von Gastrosuccorrhoe (beide idiopathisch, ohne vorausgegangenes Ulcus, ohne Atonie) gleicher Erfolg, der beste subjective bei einer Dame mit Morb. Basedowii, letzteres vielleicht deshalb, weil hier das Scopolamin auch als Sedativum in Action trat, als welches es ja sich längst schon bewährt hat. (Die Therapie der Gegenwart, Juni 1903.)

— Seine mit **Thigenol** gemachten Erfahrungen veröffentlicht Dr. Hönigschmied (Weistrach). Thigenol „Roche“ ist eine dunkle, zähflüssige, geruchlose Natriumverbindung der Oelsulfosäure mit 10% Schwefel. Autor ordinirte das Mittel extern und intern, ohne nachtheilige Einwirkungen zu beobachten. Intern wurde es bei *Furunculosis* und immer wieder recidivirenden *Ekzemen* mit Erfolg gegeben und auch von Kindern nicht ungern genommen. Extern leistete es auch bei ganz alten Ekzemen die besten Dienste. So z. B. bei einer Frau, welche auf der Mamma seit 4 Jahren ein Ekzem hatte, das jeder Behandlung trotzte. Autor verschrieb:

Rp. Thigenol.
Bismuth. tannic.
Zink. oxyd. āā 10,0
Alapurin.
Vaselin. alb. āā 40,0

Auf das 1. Einreiben hörte der Schmerz auf, nach 2 Monaten trat Heilung ein, die bisher (über 1 Jahr) anhielt. So verliefen auch ähnliche Fälle. Bei einem Falle, der auch auf Thigenol (pur) nicht dauernd abheilte, gab Autor extern 10%ige Thigenol-Salicylsalbe und intern Thigenol und erzielte dadurch Heilung. Acute Ekzeme heilten oftmals binnen wenigen Tagen. Als ausgezeichnetes Deckmittel ist auch zu bezeichnen:

Rp. Thigenol, 20,0
Acid. boric.
Acid. salicyl.
Bismuth. subn.
Zink. oxyd. āā 5,0
Vaselin. alb.
Alapurin. āā 25,0
Bals. peruv. 5,0
F. pasta.

Es ist das speciell ein vorzügliches Mittel bei *Impetigo faciei.* Bei *Psoriasis* verwendete Autor Pinselungen mit Thigenol., Glycerin. aa, 2 Mal täglich, mit gutem Erfolge. Bei *Favus* leistete 10%ige Thigenolzinksalbe ausgezeichnete Dienste. Bei *Furunculosis* liess Autor die entzündeten Knoten 3stündlich mit Thigenol. pur. bepinseln. Auch Thigenol., Ung. diachyl. aa, dick aufgestrichen, bringt beginnende Furunkel zur Resorption. Intern daneben Thigenol 2 g pro die in wässriger Lösung mit Aq. Menth. oder Syr. aurant. Bei *Pruritus* Bepinselung von Thigenol. pur. oder mit Collod. aa. Ueberall machte sich sofort die schmerzstillende Wirkung bemerkbar, Abnahme der entzündlichen Erscheinungen, Austrocknung u. s. w. Desgleichen bei *Pemphigus* infantum, wo Thigenol. pur. 2 Mal täglich aufgepinselt wurde. Endlich bewährte sich das Mittel in der Gynaekologie. Bei *Fluor albus* sind 10 bis 30%ige Glycerintampons von bester Wirkung, bei *Endometritis* Injectionen von 10% Thigenolglycerin 2 Mal wöchentlich; der Ausfluss wurde bald beseitigt, profuse Menorrhagieen sistierten rasch. Die Scheidentampons wirkten bei chron. Endometritis, Salpingitis und Exsudaten resorptionsbefördernd. (Wiener med. Presse 1903 Nr. 37.)

— **Thigenol bei Frauenleiden** wandte Frauenarzt Dr. A. E. Neumann (Berlin) in den selben Fällen an, wo er früher Ichthyol benutzte. Der 10—20%ige Thigenolglycerintampon erwies sich dem Ichthyol gegenüber in der resorptionsanregenden Wirkung ebenbürtig, in der schmerzlindernden sogar überlegen. Es zeigte sich dies besonders bei chron. *Parametritis*, chron. und subacuter *Perimetritis* mit Exsudation oder Strangbildung, chron. *Oophoritis* und noch nicht zu Säcken entarteten *Pyosalpingen*, chron. *Metritis*, *Erosionen am Collum uteri.* Bei acuter *Urethral- und Vaginalgonorrhoe* verhütete der „prophylaktische“ Tampon das Fortschreiten des Processes nach oben. Bei bereits abgelaufenen Fällen gonorrhoischer Erkrankung der inneren Beckenorgane leistete Thigenol als Resorbens mindestens dasselbe wie Ichthyol. Besonders zu erwähnen wäre noch die eclatante schmerzstillende Wirkung speciell bei *gonorrhoischer Endometritis*, *Metritis und Perimetritis.*

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 Nr. 19.)

— **Weitere Beobachtungen über die therapeutische Anwendung des Sozojodol-Natrium bei Erkrankungen der äusseren Genitalorgane** veröffentlicht Dr. J. S. Gouladze (Mititärhospital Warschau). Einige Autoren hatten vor der An-

wendung dieses Mittels in krystallinischer Form gewarnt, weil die Krystallnadeln sich ins Fleisch einschnitten und Reizung verursachten, und dafür die Form eines feinen Pulvers empfohlen. Gouladze theilte nun sein neues Krankenmaterial (*Ulcus molle*, *Balanitis*, *Erosionen etc.*) in drei gleiche Gruppen (je 40 Pat.) ein, von denen die erste mit dem grob zerkleinerten, die zweite mit dem feinen Pulver, die dritte mit anderen Präparaten (Jodoform, Jodol, Dermatol, Europhen) behandelt wurden. Es zeigte sich nun bei der 1. Gruppe eine viel raschere Heilung als bei der 2. und 3. Gruppe. Bei dem feinen Pulver entstand unmittelbar nach der Applikation auf der Geschwürsoberfläche eine teigartige Masse, die nicht nur keine Reinigung und Vernarbung bewirkte, sondern sogar den Heilungsprocess direct aufhielt. Die gröberen Krystalle reizten zwar etwas, aber nur ein paar Minuten lang und sehr wenig, wirkten aber darum um so viel besser und rascher.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 81.)

— Ueber **Pflege und Ernährung frühgeborener und schwächlicher Säuglinge in den ersten Lebenstagen** giebt Dr. A. Polano (Univers.-Frauenklinik zu Würzburg) seine Erfahrungen zum besten. Die erste Forderung heisst: Das Kind vor jedem vermeidbaren Wärmeverlust bewahren! Es ist eine Unsitte, es minutenlang zwischen den Beinen der Mutter, bis zum völligen Aufhören der Nabelschnurpulsation liegen zu lassen, in der Meinung, ihm dadurch Reserveblut zuzuführen. Das ist gar nicht der Fall. Die Abnabelung muss nach mehrmaligem kräftigen Schreien des Kindes möglichst bald geschehen, wobei es sich empfiehlt, durch bereit gehaltene warme Tücher jeder Abkühlung vorzubeugen. Noch schlimmer ergeht es asphyctischen Frühgeborenen. Man legt sie nackend auf einen Tisch, um nachzusehen, ob noch Herzschlag vorhanden, dann wird bei dem entblösst bleibenden Kinde die Trachea ausgesogen, dann die Schwingungen ausgeführt, wobei es sich meist eiskalt anfühlt. Man sollte das Frühgeborene sofort post partum in eine mit 38° C. warmem Wasser gefüllte Badewanne tragen, in der sich alle Maassnahmen ausser den überhaupt besser durch Thoraxcompression, Herzmassage u. s. w. zu ersetzenden Schwingungen ohne schwere Gefährdung des kindlichen Lebens durch Kältechok ausführen lassen. Die zweite Forderung lautet: gleichmässig erwärmte Luft dem Kinde zuführen. Credé'sche Wärmewannen und Couveusen haben

mancherlei Missstände. Autor hat einen Brutkasten construirt (und beschreibt denselben), dessen Vorzüge beruhen: 1. in der sich ohne Inanspruchnahme des Pflegepersonals auf constanter Höhe haltenden Temperatur; 2. der leichten Transportirbarkeit, 3. der Möglichkeit, Pflege und Ernährung im Apparat selber vorzunehmen; 4. im geringen Preise (M. 65.—). Der Apparat hat sich bereits in vielen Fällen gut bewährt. Betreffs der Ernährung herrscht die irrige Meinung, gerade schwache Neugeborene bedürfen in den ersten Tagen der Muttermilch. Ganz abgesehen davon, dass bei dieser Ernährung das Kind immer aus seiner Wärmequelle herausgenommen werden muss, hat in den ersten 3—4 Tagen eine Durchschnittswöchnerin nur eine so geringe Brustdrüsensecretion, dass an die Kräfte des schwächlichen Kindes unerhörte Anforderungen gestellt werden, wenn es die schlecht präparirte und mangelhaft functionirende Brustdrüse als ausschliessliche Nahrungsquelle benutzen soll. Rationell ist in den ersten 4 Tagen nur Kuhmilchernährung, die man Tag und Nacht alle zwei Stunden durchführt, 2 Stunden post partum beginnend und jedesmal 15—20 g gebend, und zwar bis zum 6. Tage 1 Th. Milch zu 2 Wasser, von da ab 2 Milch zu 2 Wasser (mit Milchzuckerzusatz). Das wird sehr gut vertragen, bis die mütterliche Brustdrüse unter Anwendung von Milchpumpen soweit präparirt ist, dass sie leicht funktionirt. Aber alle diese Maassnahmen nützen nichts bei ungenügender Pflege. Ein frühgeborener oder schwächlicher Säugling verlangt von der Geburt an in den ersten Lebenswochen die ausschliessliche Pflege einer peinlich gewissenhaften Wärterin! Was die Prognose betrifft, so müssen wir für eine günstige im Allgemeinen als die unterste Grenze des Anfanggewichts 1700—1800 g ansehen (bei Zwillingen etwas weniger); die Fälle von geringerem Gewicht mit günstigem Ausgang sind Einzelfälle. Daneben spielt die Hauptrolle das Geburtstrauma, worunter nicht etwa nur Fissuren, Fracturen u. dgl. zu verstehen sind, sondern schon jede Asphyxie post partum. Es beweist dies ein grosser Theil dieser Kinder, welche am Ende der ersten 48 Stunden ad exitum kommen, ohne dass sich durch die Autopsie etwas Sicheres nachweisen lässt. Der andere kritische Haupttag ist der 5., die Zeit des Harnsäureinfarcts, der Höhepunkt des bei Frühgeborenen sich beinahe regelmässig einstellenden Icterus. Sehr wesentlich ist endlich das Verhalten des Kindes bezüglich der Nahrungsaufnahme. Bei Früh-

geborenen, die in den ersten 24 Stunden nicht zum regelmässigen Trinken gebracht werden, schaut es meist übel aus. Stellt sich dann bald eine gewisse Cyanose des Gesichts und der Hände ein, oder sieht das Kind eigenthümlich schmutziggrau aus, beginnt es beim Emporheben Hände und Wirbelsäure gleichmässig zu steifen, so geht es im Laufe der nächsten 24 Stunden sicher zu Grunde. Ist aber die erste Lebenswoche andererseits gut überstanden, hat das Kind etwa am 10. Tage sein Anfangsgewicht erreicht, so lässt sich bei gleichbleibender guter Pflege eine im Allgemeinen günstige Prognose stellen.

**(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 35.)**

— **Modefehler in der Kleinkinderpflege** rügt Dr. O. Hoffmann (Dresden). Es ist eine Thorheit, Kinderwagen und Körbe mit Wachstuch auszuschlagen, das jede Abdunstung der Ausscheidungen von der Haut verhindert. Man sollte zum Auskleiden für die Luft gut durchlässige, waschbare Stoffe benutzen, die öfters zu wechseln sind. Es ist eine Thorheit, Vorhänge an den Kinderwagen in Farben anzubringen, die bei Sonnenschein das zarte Kinderauge mit grell blendenden, streifigen Lichtern schädigen. Man wähle einfach stumpfgraue oder stumpfbraune Farben. Es ist eine Thorheit, die Kinder in die üblichen schmalen Steckkissen einzuzwängen. Der Zuschnitt des Steckkissens muss so sein, dass, wo das oberste Band zu liegen kommt, also unterhalb der Achselhöhle des Kindes, ein etwa handbreites Stück den bisherigen schmäleren Schnitt behält, und dieses Stück durch 2 oben handbreit von einander befindliche Bänderpaare so um den oberen Theil des Rumpfes des Kindes zu liegen kommt, dass es diesem sich gut anschmiegt, ohne zu drücken. Dann aber muss sich sowohl das vordere als das hintere Blatt des Steckkissens ansehnlich verbreitern, sodass es für den unteren Theil des Rumpfes und für die Beine des Kindes einen weiten Beutel bildet, in dem das Kleine seine instinctiven Muskelübungen mit den Beinchen ungehindert ausüben kann. Dieser Beutel kann durch Knöpfe oder Bänder längs beider Seiten so gut geschlossen sein, dass die Füsse nicht hindurchkommen und dem Wärmebedürfniss genügt wird.

**(Die Krankenpflege 1903, No. 11.)**

— Einen interessanten **Fall von Krampf des Sphincter vesicae urinariae auf medicamentöser Basis** erlebte Dr. E. Kerner (Wien). Ein an tuberculösem Spitzenkatarrh

leidender junger Mann bekam eine Haemoptoe und diese wiederholte sich viele Wochen hindurch immer wieder. Es wurde alles Mögliche dagegen angewendet, doch ohne Erfolg. Nur Opiate waren im Stande, den Blutungen wenigstens einigermaassen Einhalt zu thun. Es wurde Morphium gereicht. Nach einigen Tagen klagte Pat., er könne schwer Urin lassen. Autor verordnete ein Klysma, und die Sache war vorläufig gehoben, indem zugleich mit dem Klysma Urin abging. Am nächsten Tage wiederholte sich die Klage, ohne dass diesmal ein Klysma den gleichen Nebeneffect erzielt hätte. Von einer Ahnung ergriffen, es könnten vielleicht Dysurie und Oligurie mit der medicamentösen Therapie zusammenhängen, setzte Aut. alle Medicamente aus, und damit schwanden die Harnbeschwerden völlig. Dann ordinirte Autor in sehr mässiger Dosis Heroin; wieder Störung der Harnentleerung. Eine solche setzte dann wieder ein, als Dionin verordnet wurde, und ebenso, als später zu Codein Autor seine Zuflucht nahm. Ein Katheterisationsversuch ergab absoluten Sphincterverschluss. Es wurde nunmehr jede Medicin ausgesetzt und folgende Verordnung gegeben:

Rp., Atropin. sulf. 0,0003
Extr. Bellad. 0,03
Butyr. Cac. q. s.
ut f. suppos. anal.
D. tal. supp. No. 6
C. 3stündl. 1 Zäpfchen.

Schon das 1. Zäpfchen hatte nach 2 Stunden vollen Erfolg. Es wurde nunmehr als Narcoticum nur Belladonna gegeben, und die Schwierigkeiten waren gehoben. Solche Fälle sind selten, aber sehr wissenswerth, da man leicht übersehen könnte, dass Morphium und seine Derivate den spastischen Zustand hervorriefen und die Versuchung sehr nahe läge, letzteren durch Morphium zu bekämpfen, wodurch natürlich Oel ins Feuer gegossen würde.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903, No. 34.)

— **Lange anhaltende Function der Milchdrüsen** beobachtete Dr. Nussbaum (Aschaffenburg) mehrfach, und er führt zwei eclatante Fälle an, wo die Mütter, nachdem sie ihre Kinder nach 8—9 Monaten abgesetzt, noch 1—2 Jahre lang bedeutende Galaktorrhoe hatten, als deren Folgen Anaemie, Abmagerung, Nervosität u. s. w. sich zeigten. Kleine *Antipyrin*gaben (3—4mal täglich 0,5) neben Druck-

verband und leichten Abführmitteln führten bald zur Abnahme und zum Verschwinden der Secretion.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

— Zur **Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen** giebt P. Baumm (Breslau) ein einfaches und ungefährliches Mittel an, das er in 4 Fällen bisher angewendet hat, und zwar mit sehr befriedigenden Erfolgen. Er bohrte einen ganz kleinen, enggedrehten Korkzieher direct durch die Kopfschwarte (event. nachdem er einen kleinen Einschnitt gemacht) ganz wenig, nur so weit, dass er eben fasste, in die eingedrückte Parthie und suchte diese durch Zug auszugleichen. Dies gelang auch stets leicht, doch starben 2 Kinder, wie die Section zeigte, durch grosse intracranielle Blutungen, die aber mit der Bohrung absolut nicht zusammenhingen. Wenn auch die zwei geheilten Kinder vielleicht auch ohne den Eingriff am Leben geblieben wären, so bleibt doch zu bedenken, dass später noch von derartigen Schädeldeformitäten Gehirnaffectionen ausgehen können, und dass schon der nicht zu unterschätzende Schönheitsfehler an sich dahin führen sollte, jede Schädelimpression durch jenes einfache Mittel zu beseitigen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1903 No. 19.)

— **Pyrol,** ein *auskochbares Fieberthermometer,* hat Dr. E. Kantorowicz (Berlin) construirt; es wird von Evens & Pistor (Cassel) hergestellt und weist eine Erweiterung im Capillarrohre auf, die sich am Endpunkt der Scala befindet und gross genug ist, um das 10fache der im gesammten Capillarrohre enthaltenen Quecksilbermenge zu fassen. Man kann das Thermometer also unbedenklich nicht nur in siedendes Wasser legen, sondern auch mit strömendem Wasserdampf behandeln. Das Herabschleudern des in die Erweiterung getretenen Quecksilbers erfolgt in der gewöhnlichen Weise, nur muss wegen der grösseren Quecksilbermenge länger geschleudert werden.

(Therap. Monatshefte 1903 Nr. 7.)

— Einen **Thoraxgürtel** construirte Dr. C. Hüetlin (Freiburg i. B.). Derselbe soll den erkrankten Körpertheil ruhig stellen und dadurch zur Heilung und zur Linderung der Beschwerden beitragen. Der Gürtel (zu beziehen vom Medic. Waarenhaus in Berlin) ist indicirt bei Pneumonie, Bronchitis, Keuchhusten, Phthise, Lungeninfarct, Pleuritis, Lungenverletzung, Rippenbrüchen und sonstigen Rippenverletzungen, Intercostalneuralgie, subphrenischen und Leberabscessen, Magenleiden u. dergl. Er ist bequem an-

und abzulegen, nach Bedürfnis verstellbar, auch im Beruf. über feuchten Einpackungen tragbar. Bei sehr empfindlichen Magen ist eine „kleine“ Aluminiumbrücke für diese Gegend da, soll bloss *eine* Thoraxhälfte ruhig gehalten werden, so ist für die gesunde eine „grosse“ Brücke da, welche das ausgiebige Athmen derselben gestattet.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 32.)

— **Entwickelung von Impfpusteln an beiden Ohren bei einem Kinde infolge Badens in inficirtem Badewasser** beobachtete Prof. Haug (München). Das mit Intertrigo hinter den Ohren behaftete 7 monatliche Kind wurde in ein Bad gesetzt, das vorher ein Kind mit vollständig entwickelten und zum Theil geplatzten Impfblattern benutzt hatte. Nach der typischen Incubationszeit entwickelten sich an und hinter den Ohren unter intensiven Entzündungserscheinungen Impfpusteln.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 Nr. 16.)

— Ueber **Verordnung von Antipyrin und Salipyrin** giebt Bezirksarzt Dr. Heissler einen bemerkenswerthen Wink. Antipyrin heisst jetzt officinell Pyrazolonum phenyldimethylicum, Salipyrin heisst Pyrazolonum phenyldimethylicum salicyl., und das Gramm kostet von jedem 6 Pf., von Antipyrin und Salypirin aber fast das Doppelte, da sie durch Wortschutz den Fabriken geschützt sind. Die Apotheker halten beide parat, aber man schädigt seine Pat. stark, wenn man die wortgeschützten Arzneikörper verschreibt, die vollständig gleich beschaffen sind. Nun ist der Name „Antipyrin“ resp. „Salipyrin“ so eingewurzelt, dass der Arzt gewohnheitsgemäss so schreiben wird, auch sind jene langen Namen so unbequem. Autor schlägt nun vor, einfach „*Antipyrin offic.*“, „*Salipyrin offic.*“ zu schreiben, der Apotheker muss dann das um 100 % billigere Präparat geben, und man braucht nicht jene langen Namen zu notiren.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 37.)

---

# Bücherschau.

— **Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung** ist ein 74 Seiten starkes und mit 8 Tafeln geschmücktes Buch (Verlag von Vieweg & Sohn,

Braunschweig, Preis Mk. 2.50) betitelt, das den Reg.- und Geh.-Rath Dr. E. Roth zum Verfasser hat und zum ersten Male eine zusammenfassende Darstellung dieses besonders für Aerzte, Medicinal- und Verwaltungsbeamte hochwichtigen Themas bringt. In klaren, präcisen Worten legt der Autor die Unterschiede zwischen Stadt und Land dar, die Gefährdung der Städte durch das Land (Typhus, Milch und sonstige Nahrungsmittel, Heranziehung fremder Arbeiter etc.) und die Gefährdung des Landes durch die Stadt, er berührt die Frage der Sommerfrischen und Curorte, der Wasserversorgung, der Verhütung ansteckender Krankheiten, der Nahrungsmittelcontrolle, der Schulhygiene, Hebung des Reinlichkeitssinnes und noch zahlreiche andere, nicht minder wichtige Punkte. Es werden die vorhandenen Gefahren kenntlich gemacht, die Wege gezeigt, die bei ihrer Bekämpfung in Frage kommen, mannigfache Anregungen denen gegeben, die an der Lösung der zahlreichen sich aufdrängenden Aufgaben mitzuarbeiten berufen sind. Möge die höchst beachtenswerthe Schrift zahlreiche Leser finden und sich recht wirksam erweisen!

— Einen *Rathgeber für die ärztliche Praxis* nennt Dr. F. Kaliski sein eben erschienenes (bei Preuss & Jünger, Breslau, Preis Mk. 1.60) Buch **Die wichtigsten Grundzüge der qualitativen und quantitativen Harnanalyse.** Und in der That charakterisirt sich das Werkchen als ein solcher Rathgeber für die Sprechstunde, da man sich in ihm sehr rasch und leicht orientiren kann, und da man in ihm eine Anleitung findet, ohne grosse Vorbereitungen extempore die geläufigsten und gangbarsten Reactionen auszuführen. Besonders ausführlich hat Autor mit Recht die Eiweiss- und Zuckeruntersuchungen behandelt, wobei er die quantitativen Verhältnisse in einfacher, leicht fasslicher Weise zur Darstellung bringt. Auch auf die quantitativen Untersuchungen des Stickstoff-, Harnstoff-, Harnsäure- und Ammoniakgehaltes geht er näher ein, indem er mit Recht von dem modernen Arzte verlangt, dass sich derselbe mit den Grundprincipien der Stoffwechseluntersuchungen vertraut macht und diese bei einfach zu schaffenden Apparaten sicher und leicht ausführt. Autor giebt eine Handhabe dazu und zeigt noch in allen anderen Capiteln das erfreuliche Bestreben, als praktischer Arzt zum praktischen Arzte zu sprechen, sodass das kleine Werkchen gewiss unter den Collegen sich recht viele Freunde erwerben wird.

— Den Inhalt seiner Vorlesungen über **Therapie der Herzkrankheiten** hat Doc. Dr. L. Braun (Wien) zu einem kurzen Lehrbuch (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien, Preis Mk. 5.—) zusammengefasst. Dasselbe kann Aerzten und Studirenden warm empfohlen werden. Es bringt ein getreues Bild vom heutigen Stande der Herztherapie, welche auf die Grundlagen der Physiologie und Pathologie des Kreislaufs sowie der modernen pharmakodynamischen Erfahrungen aufgebaut ist und wird infolgedessen dem Praktiker wesentliche Dienste leisten. Zwei specielle Capitel des Buches zu behandeln, hat der Autor anderen Collegen überlassen, die auf diesen Gebieten besonders zu Hause sind. Dr. Alois Strasser bearbeitete „die hydriatische Behandlung der Herzkrankheiten“, Dr. A. Bum „die mechanische Behandlung der Herzkrankheiten“. So steht das Buch auch in diesen Theilen voll und ganz auf der Höhe der Zeit. — Auch ein anderes specielles Thema, das für den prakt. Arzt von sehr grosser Bedeutung ist, hat einen berufenen Bearbeiter gefunden. Prof. Dumont (Bern) hat auf Grund eigener reicher Erfahrungen und der in der Litteratur niedergelegten Mittheilungen ein **Handbuch der allgemeinen und localen Anaesthesie** verfasst, das im gleichen Verlage erschienen ist (Preis Mk. 7.—). Der Autor hat alle diejenigen Methoden, die sich bisher bewährt haben, in eingehender Weise besprochen, sodass er dem Leser für jeden Fall die richtige Wegleitung giebt. Die moderne Wissenschaft hat ja dieses Gebiet der ärztlichen Kunst in ausgiebigster Weise erweitert, und es ist für den Praktiker heutzutage nicht leicht, sich in demselben zurecht zu finden. Berücksichtigt man ferner, welche praktische Bedeutung heute, ganz abgesehen von der Allgemeinnarkose, einzelne Methoden der Localanaesthesie (Schleich, Oberst etc.) für den Arzt gewonnen haben, so muss man es freudig begrüssen, dass uns nunmehr ein vortreffliches Lehrbuch die Möglichkeit giebt, uns über alle Details zu unterrichten. 116 Abbildungen vermitteln noch das nähere Verständniss für manche Einzelheiten, die in dem, wie gesagt, äussert brauchbaren, für den Praktiker zur Anschaffung dringend zu empfehlenden Buche wiedergegeben sind.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 3.

Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

December XIII. Jahrgang 1903.



**Agrypnie.** **Veronal** hat Prof. Dr. R. Thomsen (Bonn) bei 22 Frauen und 12 Männern angewandt, welche an A. in Folge Neurasthenie, Hysterie, manischen, melancholischen, paranoischen etc. Erregungszuständen, Paralyse, Morphinismus litten. Frauen wurde meist 0,5 g, selten 0,75 g, Männern 0,75—1 g gegeben. Der Schlaf trat bei gutem Erfolg bald oder nach einer Stunde ein und war von sechs- bis siebenstündiger Dauer, bei halbem Erfolg kam er später und hielt weniger lange an. Guter Erfolg zeigte sich in 67%, halber Erfolg in 20%, kein Erfolg in 13% der Fälle. Veronal wurde gern genommen (am besten in Thee, Baldrianthee) und machte keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Wo Schmerzen vorhanden waren, versagte es, ausser bei Zusatz von Morphium. In einer Reihe von schweren, länger dauernden Erregungszuständen wurde Veronal auch zum Zwecke der Beruhigung im Laufe des Tages, und

zwar dreimal täglich 0,5 g bis zu zehn Tagen hintereinander gegeben. In allen Fällen zeigten sich mehr oder weniger ausgesprochene Betäubungserscheinungen, mit Aussetzen des Mittels trat aber die frühere Unruhe bald wieder ein. Im Allgemeinen verdient das, zudem billige (1 g 17 Pf.) Veronal warme Empfehlung gerade für die tägliche Praxis.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 16.)

— Ueber die Schlafwirkung des **Veronal** berichten ferner Dr. K. Mendel und Dr. J. Kron (Prof. Mendel's Klinik, Berlin) auf Grund von 68 Fällen, wo das Mittel meist in Dosen von 0,5 und 1 g verabreicht wurde, und zwar als reines Pulver oder in Oblaten. Es wurde stets gern genommen von den Pat., die mit functionellen und organischen Nervenkrankheiten, sowie mit Psychosen behaftet waren. Veronal übte ganz besonders gute Schlafwirkung aus bei allen mit Depression einhergehenden Erkrankungen, es wirkte bei Erregungszuständen meist, doch nicht immer schlaferzeugend, fast ausnahmslos aber beruhigend; diese sedative Wirkung erstreckte sich meist auch noch auf den nächsten Tag. Als Antineuralgicum versagte es. Der Schlaf trat meist nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, selten erst nach 1—3 Stunden ein; er war ruhig, angenehm, dem physiologischen sehr ähnlich und währte 5—7 Stunden nach 0,5 g. Eine Nachwirkung in der Weise, dass nach Aussetzen die Nächte weiterhin gut blieben, war nicht zu constatiren; eben so wenig aber auch eine Gewöhnung an das Mittel. Im Einzelnen wird hervorgehoben, dass in den drei Fällen von typischer Melancholie mit starker Depression, bei welchen bis 10 g Paraldehyd und 0,0006 Hyoscin subcutan, Amylenhydrat, Trional, Dormiol u. a. ohne Erfolg versucht wurden, Veronal 0,5 bis 1,0 ruhigen, sechs- bis zehnstündigen Schlaf erzeugte. Aehnlich günstig wirkte Veronal bei Neurasthenie, Hypochondrie, der depressiven Form der Paralyse, in fast allen Fällen von organischer Nervenkrankheit. Bei zwei an häufigen epileptischen Anfällen Leidenden erwies sich Veronal als gutes Sedativum; die Pat. erhielten, wenn sie Morgens unruhig waren, Vormittags 0,5—1,0 und wurden bald ruhiger. Temperatur, Circulation, Respiration, Appetit, Körpergewicht wurden nie ungünstig beeinflusst, Brechneigung, Uebelkeit, Exantheme zeigten sich nie, wohl aber nach 42 unter 437 Einzelgaben Müdigkeit, Kopfdruck, Schwindel, allerdings meist erst nach 1 g. Das Mittel wurde in einzelnen Fällen bis 14 mal hintereinander jeden Abend gegeben. Bei mehreren Pat. nahm die hypnotische

Wirkung mit der Zahl der Einzeldosen ab; es wurde dann, meist mit Erfolg, die Dosis von 0,5 auf 1 g erhöht. Wenn auch dann kein Schlaf eintrat, wirkten auch höhere Gaben nicht. Die Wirkung trat aber wieder ein, wenn eine oder mehrere Nächte zwischendurch andere Hypnotica verabfolgt wurden. Es ist daher zu empfehlen, Veronal nicht zu anhaltend zu geben, sondern öfter zu pausiren, oder es mit anderen Mitteln zu variiren. Bei anderen Pat. blieb allerdings die erfolgreiche Wirkung auch bei wiederholter Darreichung constant. Veronal stellt also eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 34.)

— Den **Einfluss des Veronal auf die Stickstoffausscheidung** studirte Dr. C. Trautmann (Medic. Klinik Halle) an sich selbst in einer neuntägigen Versuchsreihe, die er anstellte. Am fünften Versuchstage nahm er Morgens und Abends je 1 g Veronal, am 6. Tage ebenso. Es zeigte sich eclatant der eiweissersparende Einfluss des Mittels, und derselbe documentirte sich auch noch am 7. Versuchstage, an dem Veronal nicht mehr genommen wurde, desgleichen noch etwas am 8. Tage. Es hatten 4 g Veronal in den 3 Tagen eine Verminderung der Stickstoffausscheidung um 3 g = 90 g Muskelfleisch, die eingespart wurden, verursacht. Im Gegensatze hierzu verursacht Chloralhydrat eine erhebliche Steigerung des Eiweisszerfalles, während den Disulfonen (Sulfonal, Trional etc.) kein Einfluss auf die Stickstoffausscheidung zukommt; letztere stehen somit gewissermaassen in der Mitte zwischen Veronal und Chloralhydrat. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass Veronal durch seine eiweissersparende Wirkung den Ernährungszustand günstig beeinflusst, wird man ihm als Schlafmittel den Vorrang einräumen müssen in den Fällen, in welchen während längerer Zeit die Darreichung eines Hypnoticums indicirt ist, sowie bei allen Erkrankungen, bei welchen erfahrungsgemäss Steigerung des Eiweisszerfalles stattfindet, vor allem also bei fieberhaften Zuständen, bei Erkrankungen, die mit hochgradiger Athemnoth einhergehen, bei Anaemie und zehrenden Krankheiten, besonders Phthise, Carcinom, Diabetes mellitus, sowie bei Geisteskranken, welche die Nahrung verweigern.

(Die Therapie der Gegenwart October 1903.)

**Anaemie, Chlorose.** Ueber **perniciöse A. und deren Diagnose** lässt sich Privatdoc. Dr. O. Naegeli (Zürich)

aus. Derselbe fand an seinem aus 29 Fällen bestehenden Material, dass *der perniciösen A. ein bestimmter Symptomencomplex des Blutes in ausserordentlich grosser Constanz zukommt.* Der gewichtigste Befund ist der Nachweis der *Megaloblasten,* Zellen von ganz erheblicherer Grösse, als der Norm entspricht, und mit einem grossen Kern versehen; Autor vermisste sie in den 29 Fällen nur einmal auf die Dauer. Megaloblasten könnten ja auch sonst einmal, z. B. bei schwerer Carcinomaemie, sub finem vitae gefunden werden, aber die übrigen Verhältnisse des Blutes, z. B. die Existenz einer Leukocytose, ermöglichen dann immer, eine Verwechselung mit perniciöser A. zu vermeiden. Eine hohe Bedeutung hat ferner der Nachweis vieler *Megalocyten;* auch sie waren in allen 29 Fällen stets *reichlich* vorhanden. Von hohem Werthe ist weiter die Bestimmung der *Leukocytenzahl.* Bei voller Entwickelung des Leidens fehlt Verminderung derselben nie, ausser bei Complicationen. So fand Autor nur zweimal, bei chron. Bronchitis, vielleicht Bronchiektasie und Lungentuberculose, neben perniciöser A. normale Leukocytenzahlen. Unter den weissen Blutkörperchen ist die Reduction der granulirten Zellen eine hochgradige, ganz gewöhnlich sind nur 1000—2000 statt 5000 vorhanden. Nicht in gleichem Maasse nehmen die Lymphocyten an Zahl ab, recht oft ist ihre absolute Menge normal. Dadurch kommt es, dass der Procentsatz der Lymphocyten dann sehr hoch erscheint, ja sogar oft 50 überschreitet, ein differentialdiagnostisch wichtiges Zeichen. Endlich spielt der *hohe Färbeindex* des einzelnen rothen Blutkörperchens eine sehr wichtige Rolle. Autor fand nur dreimal Werthe unter 1, gewöhnlich solche von 1,2—1,4 und mehr, was bei anderen Anaemieen nie der Fall war. Diagnostisch gut zu verwenden ist auch die hochgradige Herabsetzung der rothen Blutkörperchen, wie sie bei anderen Anaemieen nur äusserst selten angetroffen wird. Die perniciöse A. ist eine Krankheit des Blutes und der blutbildenden Organe, sie muss deshalb aus dem Blute diagnosticirt werden. Das Blutbild der perniciösen A. ist auch dann noch charakteristisch genug, wenn mitunter einzelne Züge desselben durch besondere Verhältnisse verwischt sind. Auf Grund der Allgemeinerscheinungen der Krankheit lassen sich nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen stellen, die erst durch den Verlauf einen gewissen Werth erhalten können; kein klinisches Symptom kann sich mit den geschilderten Blutbefunden an Bedeutung messen. So können z. B. Netzhautblutungen bei Carcinom gefunden, bei per-

niciöser A. dauernd vermisst werden. *Aetiologisch* ist das Leiden noch immer in Dunkel gehüllt; einzig die Bothriocephalusanaemie darf als perniciöse A. mit erkannter Genese angesehen werden. In der That kann Bothriocephalus dasselbe Blutbild getreu zur Darstellung bringen; dagegen ist schon das Blutbild bei Anchylostomum duodenale ein wesentlich anderes. Andere Ursachen des Leidens sind nicht mit Sicherheit erwiesen, müssen aber bestimmt als die wahren aetiologischen Momente der heute noch kryptogenetischen Fälle angenommen werden. Carcinome können den Symptomencomplex nicht hervorrufen; die Anadenia ventriculi et intestini ist ein Folgezustand des Leidens, nicht eine Ursache desselben, da sie viele Jahre selbständig bestehen kann, ohne zu schwerer A. zu führen. Sicher ist aber, dass die perniciöse A. nicht als aetiologische Einheit aufgefasst werden darf; sie ist keine Krankheitseinheit, sondern ein Symptomencomplex, allerdings von grosser Constanz. Das ist auch durchaus verständlich; denn es liegt dem Leiden eine einheitliche Organaffection zu Grunde, eine charakteristische Aenderung des Knochenmarkes in Bau und Function. (Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 34.)

— Ueber eine **schwere Anaemie durch Taenia solium** berichtet Marine-Oberstabsarzt Dr. Dirksen (Cuxhaven). Es handelte sich um einen Matrosen, der die Beschwerden und Zeichen einer schweren Anaemie hatte, auch wiederholt von heftigen Durchfällen befallen wurde. Als einmal ein Bandwurmglied abging, bekam er 8 g Extr. filic. mar. und dann einige Esslöffel Ricinusöl, worauf wohl 12 Exemplare von Taenia solium (der Klumpen wog 275 g) abgingen; sie waren zum Theil zerfallen und im Stadium der Maceration. Die Anaemie besserte sich rasch, und der Mann blieb von dieser Zeit ab gesund. Die Resorption der in vorgerücktem Stadium des Zerfalles befindlichen Bandwurmmasse musste dem Körper stark giftige, blutauflösende Substanzen zugeführt haben, auf deren Rechnung die Anaemie zu setzen war. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 39.)

— **Phorxal,** ein aus den Blutkörperchen des Rindes hergestelltes Gemisch von Eiweisskörpern, welches Fe und P als organische Verbindungen enthält, die aus dem Haemoglobin, Lecithin und Nucleinproteïnen des Blutes stammen, empfiehlt warm Dr. Tausch (Elisabeth-Krankenhaus Berlin). Das feine, geruch- und geschmacklose, in wässrigen Flüssigkeiten leicht lösliche (es kommt auch als Pastillen und

5%ige Cakes in den Handel) Pulver wurde stets gern genommen und gut vertragen. Bei der Chlorose, bei essentieller und secundärer A., während und nach schweren Krankheiten bewährte sich das Mittel gut; der Erfolg auf die Blutneubildung, wie auf die Hebung der Körperkräfte und das Körpergewicht war immer deutlich.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 38.)

— **Triferrin** wandte Dr. W. Kramm (Berlin) in zahlreichen Fällen von Anaemie und Chlorose mit sehr zufriedenstellendem Erfolge an, und zwar als Pulver, Tabletten und in flüssiger Form. Der Liq. Triferrini comp., eine auch bei monatelanger Aufbewahrung sich nicht trübende spirituöse Lösung von angenehmem Geschmack enthält 1½% Triferrin (1 Esslöffel = 0,25 g der Substanz). Einzeldosis 0,25—0,3 g, Tagesdosis 0,75—0,9 g. Die 35 Krankengeschichten zeigen, dass das Mittel den drei Anforderungen, die man an ein gutes Eisenpräparat stellt, bestens genügt hat: dass es angenehmen Geschmack hat, keine Nebenwirkungen auf den Verdauungsapparat äussert und die Blutbeschaffenheit günstig beeinflusst. (Therap. Monatshefte October 1903.)

**Arznei-Exantheme.** Einen **Fall von Bromoderma ulcerosum** stellt Dr. R. Ledermann vor. Der 7jähr. Knabe bekam Ende März Bromoform wegen Keuchhustens. Bald stellte sich ein akneartiger Ausschlag ein. Da ein solcher oft verschwindet, der Körper sich an Brom gewöhnt, wurde das Mittel weiter ordinirt. Nach 14tägigem Einnehmen gesellten sich hier aber an der Beugeseite beider Unterschenkel 2 etwa zweimarkstückgrosse, rothe Flecken in symmetrischer Anordnung ein. Die am linken Unterschenkel befindliche Plaque verwandelte sich bald in ein derberes Infiltrat, das sehr schnell zerfiel und ein stark secernirendes, tief zerklüftetes Geschwür mit papillomatösem Grunde hinterliess. Am rechten Unterschenkel aber kam es nur zu einer leicht secernirenden, oberflächlichen Erosion. Autor sah den Pat. Anfang Mai und fand das Geschwür, welches den Eindruck eines tiefen, nekrotischen Zerfalls machte, schon in seiner ganzen Grösse vor, am anderen Unterschenkel eine bläulichrothe Plaque mit siebartig durchlöchertem, „honigwabenähnlichem“ Grunde, aus dessen Poren sich eitrigseröse Flüssigkeit entleerte. Ein zerfallenes Gummigeschwür lag sicher nicht vor, da gar keine Aehnlichkeit mit einem solchen vorhanden und überhaupt kein Anhaltspunkt für Lues zu finden war; auch an eine tuber-

culöse Affection war nicht zu denken. Es musste sich um ein Bromoderma ulcerosum handeln, wie es selten in dieser Weise zur Beobachtung kommt. Es heilte unter ganz milder Behandlung mit essigsaurer Thonerde ab und sollte Niemand abhalten, auch in Zukunft Bromoform zu ordiniren. — Dieser Ansicht ist auch Dr. Ritter, der das Kind zuerst behandelt hat. Er hat bisher über 4000 Kindern dieses Mittel bei Keuchhusten gegeben und vor diesem Fall nur 6mal dabei A. erlebt, 1mal handelte es sich um ein Bromexanthem, 4mal um Akne, 1mal um tuberöse Geschwulstbildungen. Diese tuberöse, gar nicht aufgeklärte Affection zeigte sich erst 4—5 Wochen nach Abschluss der Bromoformbehandlung und schwand restlos unter Anwendung von Jodeisensyrup; die anderen A. heilten trotz Weiteranwendung des Bromoforms in kurzer Zeit ab. Diese spärlichen und wenig intensiven A. können bei der vorzüglichen Einwirkung des Bromoforms auf den Keuchhusten wohl kaum ein Hinderniss für dessen Ordination sein, und auch obiger Fall steht einzig da, als die stärkste Hautaffection, die bisher durch Bromoform hervorgerufen worden ist.

(Berliner med. Gesellschaft, 20. V. 1903. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 23.)

— Eine **Aspirin-Nebenwirkung** sah Dr. Winckelmann (Darmstadt) bei einem 28jähr., an hochfieberhafter Angina leidenden Pat., der Nachmittags 6 Uhr und Abends 8½ Uhr je 1 g Aspirin bekam. Gegen Mittag des nächsten Tages an den Streckseiten beider Ellenbogen, an den Vorder- und Innenseiten der Kniegelenke und an den oberen und medialen Flächen der Fussgelenke ein Exanthem von leicht erhabenen, rothen, bis linsengrossen Fleckchen, die etwas juckten. Sonst keine pathologischen Erscheinungen, auch Urin frei von Eiweiss. Das Exanthem verschwand in den nächsten 36 Stunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 42.)

**Augenentzündungen.** **Acuten ansteckenden Bindehautkatarrh in einer Schule** beobachtete Kreisarzt Dr. Hoche (Geestemünde). In der ersten Mädchenklasse erkrankten binnen kurzer Zeit alle 60 Schülerinnen an einer Conjunctivitis, die stets binnen wenigen Tagen spontan abheilte. In den übrigen Klassen erkrankten nur vereinzelte Kinder, theilweise Geschwister der Schülerinnen der I. Klasse daran, und auch in anderen Schulen trat das Leiden nur ganz vereinzelt auf. 6 Wattebäuschchen, mit denen Autor

die Conjunctivalsäcke von 6 Pat. ausgewischt hatte, wurden im Bakteriolog. Institut zu Bremen untersucht und 5 mal *pyogene Staphylokokken* gefunden, und ist daher die Epidemie als durch Infection mit letzteren bedingt aufzufassen. Der Einschleppungsmodus war nicht zu ermitteln.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 35.)

— **Sublamin als Desinfectionsmittel der Conjunctiva** empfiehlt Dr. J. Imre. Er hat mit 1—2 ‰iger Lösung regelmässig Augenspülungen bei *eitriger Conjunctivitis (gonorrhoica)*, *Blennorrhoea neonatorum* und *Trachom* vornehmen lassen und damit die Heilungen wesentlich befördert. Sublamin ist ein mildes und doch recht wirksames Antisepticum, das sich in jenen Fällen als brauchbares Unterstützungsmittel therapeutisch durchaus bewährt hat.

(Die Heilkunde, September 1903.)

— Mit gutem Erfolg hat Dr. Alex. Duane (New-York) **10%iges Jodvasogen bei Geschwüren und Infiltrationen der Cornea** angewandt, und er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Jodvasogen ist ein werthvolles Mittel bei infiltrirten und ausgebreiteten Geschwüren der Cornea mit und ohne eitrige Secretion der Conjunctiva. Es ist besonders in denjenigen Fällen indicirt, in denen die Galvanokaustik durch den Sitz des Infiltrats contraindicirt erscheint.
2. Das Mittel verursacht, wenn es nicht im Uebermaass applicirt wird, nur mässige Schmerzen und niemals irgend eine unliebsame Reaction oder irgend eine unangenehme Nebenwirkung.
3. Eine vorangehende Anaesthesirung der Cornea mit Cocain ist selten erforderlich und gewöhnlich besser zu unterlassen.
4. Die Application wird am besten jeden zweiten Tag gemacht, bis das Infiltrat augenscheinlich einzuschrumpfen beginnt; dann soll die Behandlung in Zwischenzeiten von drei bis vier Tagen fortgesetzt werden, bis das Infiltrat vollständig verschwunden ist.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 38.)

— Die **Trachombehandlung mittelst der Knapp'schen Rollzange** empfiehlt Prof. Dr. J. Hoppe (Köln) gerade den prakt. Aerzten; schneller Behandlungserfolg, leicht erlernbare

Technik, Ungefährlichkeit zeichnen diese Methode aus, bei der allgemeine Narkose und Assistenz zudem unnöthig sind. Freilich ist sie ja kein Allheilmittel, sie ist nur *eine* der wirksamen Waffen in der Trachombehandlung, die allerdings, am rechten Ort in richtiger Weise benützt, stets die Behandlungsdauer erheblich abkürzt. Sie verlangt Sorgfalt in der Ausführung, auch ist sorgfältige Nachbehandlung unbedingt erforderlich. Berücksichtigt man dies nicht, so erlebt man Misserfolge. Solche sind auch bedingt durch mangelhafte Auswahl der Fälle, falsche Beurtheilung des Operationserfolges, mangelhafte Instrumente und Mängel des Operationsverfahrens. Garnicht am Platze ist die Rollzange bei acutem Trachom, bei starker Absonderung und schweren Hornhautcomplicationen. Bei der Auswahl der übrigen Fälle vergegenwärtige man sich, dass die Rollzange ihren Angriffspunkt im Trachomfollikel sieht und daher nur da Erfolg verspricht, wo sich ausdrückbare Follikel vorfinden. Tritt die Follikelbildung hinter der Schwellung des Papillarkörpers und der diffusen zelligen Infiltration des adenoiden Gewebes der Conjunctiva erheblich zurück, so vermindert sich der Erfolg einer Ausrollung. Wo nun gar die Follikel ausserhalb des Machtbereichs der Rollzange bleiben, sei es, dass sie abseits gelegen, nicht berührt wurden, oder wegen tiefer Lage im Gewebe, wegen jugendlicher Kleinheit und Elasticität sich dem Zangendruck entzogen, da ist radicaler Erfolg einer ersten und einzigen Ausrollung ausgeschlossen. Ist nach erstmaliger Operation die Bindehaut makroskopisch follikelfrei, so triumphire man nicht, denn fast immer sind an schwer zugänglichen Stellen kleine Follikel verblieben, die sich in der traumatischen Gewebsschwellung vorläufig verbergen, und in der Tiefe finden sich mikroskopische intacte Follikelanlagen. Bei Nachlass der Gewebsschwellung treten dann die Follikel bald wieder hervor. Selbst wenn man aber auch in der nächsten Zeit sichtbare Follikelchen sämmtlich wegputzt und die Conjunctiva makroskopisch normales Verhalten zeigt, ist endgültige Heilung noch nicht gewährleistet, indem allmählich die der Zange entgangene junge Follikelbrut heranwächst und, sich selbst überlassen, demnächst sich manifestirt. Gelegentlich wird ein auffälliger Misserfolg oder guter Erfolg lediglich vorgetäuscht durch traumatischen serösen Erguss in die Conjunctiva unmittelbar nach der Ausrollung. Derselbe füllt die Hohlräume der ausgepressten Follikel wieder an, und indem die geplatzte Epitheldecke wieder verklebt, imponiren die-

selben als Follikel. Ist der Compressionsdruck der Rollzange im Verhältniss zu einem wenig erweichten Follikelinhalt unzureichend, so kann diffuse Schwellung eintreten, welche eine gewisse Glätte der Bindehautoberfläche zur Folge hat und durch Ausgleich der Niveauunterschiede selbst grosse Follikel dem Blicke entzieht. Ueberhaupt aber ist es fast nie möglich, auch alle sichtbaren Follikel in einer einzigen Sitzung wegzuräumen. Oft findet man schlechte Instrumente, die den Misserfolg bedingen. Ein allen Anforderungen entsprechendes liefert H. Windler (Berlin). Sehr viel kommt auf genügende Präsentation des Operationsfeldes an, und ektropioniren besonders Anfänger viel zu wenig das Oberlid. Die Ektropionirung muss so stark sein, dass bei Beginn der Rollung die Uebergangsfalte die untere Grenze des Operationsfeldes bildet. Autor bedient sich eines kleinen Kunstgriffes. Der Pat. blickt abwärts. Während man nun mit dem Daumenballen der linken Hand den an den oberen Orbitalrand gedrückten, ektropionirten Oberlidrand kräftig aufwärts schiebt, drängt man mit dem vierten Finger der rechten Hand den durch das Unterlid gedeckten Augapfel mit gleichmässigem sanftem Druck nach hinten oben in die Augenhöhle. Das Orbitalfett weicht dann nach vorn aus und wölbt aufs schönste den ganzen oberen Bindehautsack vor. Nun lässt sich die schreibfederartig, zwischen Daumen und Zeigefinger gehaltene Rollzange ganz nach Wunsch ansetzen. Nahen im Abwärtsziehen die gleitenden Rollen dem Tarsalrande, so ist Vorsicht nöthig, damit die Rollen nicht plötzlich abgleiten. Nach Passiren des Tarsalrandes ist nämlich nur noch eine Duplicatur der relativ dünnen freien Lidbindehaut zwischen den Walzen. Autor übt jetzt nicht mehr activen Zug, sondern lässt die Bindehaut sich von selbst zurückziehen, während er schnell aufeinanderfolgende kurze Compressionen auf sie wirken lässt. So vermeidet er sicher auch bei morscher Bindehaut das Einreissen. Die Ausrollung des unteren Bindehautsackes gelingt am vollständigsten, wenn man unter Verzicht der Ektropionirung das durch Gegenzug nach aussen fixirte Lid in ganzer Dicke temporalnasalwärts in horizontaler Richtung ausrollt, wobei eine Branche im Bindehautsack, die andere über die äussere Haut gleitet. Wegen fehlender Hautanaesthesie ist dieser Act etwas schmerzhaft. Verwachsung der wundgemachten Bindehautfalten bedeutet mangelhafte Nachbehandlung, sie wird durch kräftige Ektropionirung des Lides während der nächsten Tage nach der Operation

sicher verhütet. Folgendes Gesammtverfahren hat sich dem Autor am Besten bewährt:

1. Reinigung der Lider mit Seife und Abwaschung mit Sublimat 1 : 5000.
2. Anaesthesirung des Bindehautsackes durch wiederholte Einträufelung von Cocain. mur. 4% oder Holocain. mur. 5%.
3. Berieselung des ektropionirten oberen und unteren Bindehautsackes mit 3%iger Borlösung.
4. Ausrollung des oberen Bindehautsackes in 3 Zügen, von denen je einer die mittleren und die seitlichen Bezirke beherrscht.
5. Ausrollung des unteren Bindehautsackes.
6. Abspülung mit 3%iger Borlösung.
7. Unmittelbar nachher $\frac{1}{2}$ Stunde lang auf Eis gekühlte Compressen, auf die Lider angefeuchtete mit 3%iger Borlösung.
8. Nachbehandlung: an den folgenden mindestens drei Tagen kräftige Ektropionirung der Lider zur Lösung etwaiger Verklebungen.
9. Vom zweiten Tage ab Touchirung der Bindehaut mit $1\frac{1}{2}$%iger Lösung von Liq. plumbi subacetic. und Nachspülung mit Wasser. 3 mal täglich $\frac{1}{2}$ Stunde kalte Borcompressen.
10. Beseitigung einzelner Follikel durch Compression zwischen den Daumennägeln, Galvanokauter, Scheere. Anwendung von Adstringentien in wechselnder Concentration je nach Schwellungszustand und Absonderung der Bindehaut, Abreibung derselben mit trockenen oder in Sublimat 1 : 2000 befeuchteten Wattebäuschen, sanftes Touchiren mit Alaunstift, Kupferstift.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 38.)

**Blutungen.** Ueber die **Verwendung des Adrenalins in der Gynaekologie** macht Dr. H. Cramer (Bonn) Mittheilung. Die erste Veranlassung zur Anwendung desselben gab ihm ein Fall von *inoperablem Portiocarcinom,* das er kauterisiren wollte. Nun entstehen ja bekanntlich nach Auslöffelung der zerfallenen Massen aus der Matrix des Tumors oft sehr erhebliche B., die immer und immer wieder durch den Brandschorf sich durchdrängen. Hier erzielte Autor dadurch, dass er einen mit der Adrenalinlösung (1 : 1000) getränkten Wattebauseh etwa 5 Minuten lang an die Wunde anpresste, vollkommene Blutstillung und Blutleere, sodass die Verschorfung vorzüglich gelang. In einem zweiten Falle,

wo der ulcerirte Krater sehr gross war, führte Autor die Injection der Lösung 1:1000 mit ca. 3 ccm in die Peripherie und in den Grund des Kraters aus. Die Excochleatio gestaltete sich nun vollständig blutleer, und die Verschorfung konnte ideal durchgeführt werden. Weiterhin kam das Präparat bei der Operation von *Harnröhrencarunkeln* zur Anwendung. Autor führte eine Uterussonde, mit Watte und der Adrenalinlösung armirt, in die Harnröhre und konnte nach ca. 3 Minuten blutleer die Tumoren abtragen und die Wundränder vernähen. In einem anderen eigenartigen Falle leistete das Präparat ebenfalls sehr gute Dienste. Eine 51jähr. Frau litt seit mehreren Monaten an unerträglichem *Juckreiz im Introitus vaginae.* Daselbst war, vom Harnröhrenwulst ausgehend, beiderseits dem Verlaufe des Hymenalringes entsprechend, nicht ganz bis an die Fossa navicularis reichend, eine intensive Röthung der Schleimhaut sichtbar, die nicht wie eine einfache Hyperaemie, sondern mehr wie eine Teleangiektasie imponirte. Schon seit mehreren Wochen waren alle möglichen Maassnahmen, Aetzungen mit Arg. nitr., Zinc. sulfur., Bleiwasserumschläge etc. versucht worden, ohne die geringste Besserung zu bewirken. Autor applicirte einen mit Adrenalin (1:3000) getränkten Wattebausch auf die geröthete Stelle. Nach ca. 5 Minuten war dieselbe völlig abgeblasst. Autor liess den Tampon 24 Stunden liegen und wiederholte das Verfahren 4 mal. worauf Röthung und Juckreiz völlig verschwanden. Das dankbarste Feld für die Verwendung des Adrenalins bietet der *Uterus- und Cervixkatarrh.* Wenn wir sehen, wie nach kurzer Einwirkung durch Betupfen das Ectropium der Portio völlig abblasst, so ist klar, dass in diesem Zustande jedes Aetzmittel weit intensiver und schneller wirkt, als wenn es direct auf die hyperaemische, leicht blutende Stelle aufgetragen wird. Denselben Erfolg hat natürlich eine mit Watte und Adrenalinlösung armirte Sonde im Uteruscavum. Nach des Autors Erfahrungen ist es auch eine unbestreitbare Thatsache, dass die Vorbereitung mit Adrenalin die Zahl der bei Katarrhen und Erosionen nothwendigen Aetzungen bedeutend veringert und die Dauer der Behandlung erheblich abkürzt. Am eclatantesten zeigt sich die Wirkung des Adrenalins nach der Auskratzung des Uterus. Hier gelingt es, durch Application einer Lösung von 1:2000, indem man die damit armirte Sonde 1—2 Minuten im Uterus liegen lässt, eine so vollkommene Blutstillung zu erzielen, dass man bei geeigneter Beleuchtung durch die dilatirte Cervix das Cavum bis zum Fundus übersehen kann. Eine

auf die Curettage folgende Aetzung ist jetzt natürlich viel wirksamer, als wenn das Aetzmittel sich überall mit dem nachsickernden Blut vermischt. Adrenalin bei B. der Nachgebûrtsperiode direct in den Uterus einzuspritzen, dies Experiment möchte Autor in der Praxis nicht machen. Erfahrungen über Anwendung bei Meno- und Metrorrhagieen besitzt er nicht. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 34.)

— Die **Kussmaul'sche Tamponade bei übergrosser Menstruation***) wendet Dr. C. Kasbaum (Heidelberg) seit drei Jahren mit bestem Erfolge an, mit einer geringen, aber für den Praktiker wichtigen Modification:

„Nachdem ich mit Jodoformgazetamponade mich oft abgequält hatte, die angegebene Art der Tamponade aber zuweilen trotz hinreichender Uebung wegen allzugrosser Empfindlichkeit mancher Frauen mir versagte, verfahre ich jetzt derart, dass ich mir schmale, lose Wattestreifen abkochen lasse und hierzu vor dem Gebrauche das nöthige Lysol oder Lysoform zusetze. Mit diesen triefenden, schlüpfrigen, anti- und aseptischen Streifen lässt sich auf dem Querbett mit einem Rinnenspeculum ausserordentlich rasch und absolut schmerzlos eine noch dichtere, nicht drückende Tamponade der Vagina erzielen, mit der man die Patientinnen, wenn nöthig, sogar in beschränktem Maasse ihrer Arbeit nachgehen lassen kann.

Dabei fällt beim Wechseln des Tampons noch auf, dass der üble Geruch, der bei der Anwendung trockener Tampons naturgemäss nach 24stündigem Liegenlassen durch Urindurchfeuchtung und unter Einwirkung der Scheidenkeime sich einstellt und wohl auch gerade in dieser Zeit als Zeichen von Fäulniss in dem gestauten Scheidensecret und menstruellen Blut recht unerwünscht ist, fehlt.

In gleicher Weise verwende ich die Watte statt mit Lysollösung mit Glycerin getränkt mit sehr gutem Erfolge bei den verschiedensten gynaekologischen Erkrankungen. Einziger Nachtheil ist, dass die Tamponade nur in den Händen des Arztes eine brauchbare ist und auch nur von diesem mit Speculum und Kornzange allerdings wieder sehr leicht und im Gegensatz zu den gerollten Tampons schmerzlos entfernt werden kann. Mit dem Einlegen der Tampons durch Hebammen habe ich nur die schlechtesten Erfahrungen gemacht.“ (Die Therapie der Gegenwart, September 1903.)

---

*) S. Excerpta v. J., Seite 491.

— Einen **Nasen-Obturator zur Stillung von Nasenblutungen** hat Geheimrath Dr. Aufrecht (Magdeburg) construirt. Er besteht aus einem kleinen, in der Mitte verengten Gummischlauch, durch welchen ein mit kleinen seitlichen Oeffnungen versehenes dünnes, aber festes Röhrchen hindurchgeht. An diesem Röhrchen ist der Schlauch am vorderen und hinteren Ende luftdicht befestigt. Auf das Röhrchen wird ein kleiner Ballon aufgesetzt, die in demselben enthaltene Luft in den Schlauch gepresst und durch Umstellung des Hahnes hier eingeschlossen. Bei der Anwendung wird der leere Schlauch mit Hülfe des festen Röhrchens durch die Nase, bis zur leichten Berührung der hinteren Rachenwand, durchgeführt und dann etwas zurückgezogen. Hierauf wird der Ballon aufgesetzt, der Schlauch mit Luft gefüllt, der Hahn geschlossen, und dann der Ballon entfernt. Der kleine, bequem handzuhabende Apparat (Instrumentenmacher Middendorff, Magdeburg. Preis: M. 3,50) wurde vom Autor wiederholt mit Erfolg benützt. (Therap. Monatshefte 1903 October.)

**Combustio.** Die Behandlung tiefer gehender Brandwunden mit **Cutin**-Sudsteck empfiehlt Dr. Grassl (Viechtach). Er säubert dieselben erst mit Scheere und steriler Gaze (ohne Antiseptica!) und bedeckt sie dann mit dem perforirten, sterilisirten, resorbirbaren Cutin, worüber mehrere Lagen Gaze, Watte, Binde kommen. Je nach Stärke der Secretion Erneuerung des Verbandes nach 2—4 Tagen. Der Schmerz ist um die Hälfte geringer, als bei jeder anderen Verbandsart und die Verbandserneuerung ebenso. Das Cutin lässt sich glatt und schmerzlos abheben; war die Secretion gering, so klebt es fest, und dann lässt man es eben kleben. Sicher ist Cutin das mildeste Deckmittel.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 33.)

— Pinselungen mit **Thiol. liquid.** resp. Application einer 50%igen Thiol-Vaselinsalbe haben in einem Falle, den K. Jegormin schildert, wunderbar rasch zur Heilung geführt, obwohl der Fall ein trostloser war. Pat. war bei einer Kesselexplosion durch den ausströmenden Dampf und kochendes Wasser entsetzlich zugerichtet worden: Gesicht, Hände, Brust, Bauch, Rücken, Fusssohlen, kurz der ganze Körper mit Ausnahme der Ober- und Unterschenkel bot eine einzige diffuse C. II. Grades dar. Vom 5. Tage war die Temperatur normal, nach 4 Wochen alles verheilt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 35.)



— **Xeroformsalbe** (5%, später 10%) hat Th. S. Wassiljew bei einem äusserst schweren Falle von C., wo über 1/3 der Körperoberfläche verbrannt und wenig Aussicht war, den 32jährigen Bauern am Leben zu erhalten, mit ausserordentlich gutem Erfolge angewandt. Auch bei einem zwölfjährigen Mädchen, welches eine ausgedehnte C. davongetragen, bewährte sich die Salbe vorzüglich.

(Medicin. Woche 1903 No. 35.)

— **Xeroformsalbe** (5%) benützte auch W. S. Chadzinski in 2 Fällen von recht ausgedehnter Verbrennung mit bestem Erfolge, und J. J. Perlow konnte ebenfalls in einem Falle die vortreffliche Wirkung constatiren; letzterer wandte Xeroform als Pulver an und streute es dick auf.

(Deutsche Medic.-Zeitung 1903 No. 70.)

**Diabetes.** Ueber **Hafercuren bei schwerem D. mellitus** berichtete Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) schon 1902 auf der Naturforscherversammlung. Er betonte die auffällige Erscheinung, dass man Diabetiker, die bei völlig strenger Diaet nicht oder nur vorübergehend zuckerfrei werden, manchmal schnell und sicher von der Glykosurie befreien kann, wenn man ihnen nichts anderes giebt, als sehr grosse Mengen von Hafer neben Butter und einfachen Eiweisskörpern, unter Ausschluss anderer Kohlehydrate und des Fleisches. Mit dem Zucker sinkt gleichzeitig die Ausscheidung der Acetonkörper und des Ammoniaks. Bei Rückkehr zur gewöhnlichen Diabetesdiaet müsse man sehr vorsichtig sein, da sonst der Acetongehalt stark steigt. Bisher hat Autor über 100 Pat. so behandelt. Er benützt jetzt nur Knorr's Hafermehl oder Hohenlohe's Haferflocken. Die Substanz wird sehr lange mit Wasser und etwas Salz gekocht; während des Kochens wird Butter und ein vegetabilisches Eiweiss oder, nach Abkühlung, geschlagenes Eiereiweiss hinzugesetzt. Gewöhnlich nahm Autor Roborat ohne Reiseiweiss (Bremer Brodfabrik). Es wurden pro die gegeben: 250 g Hafer, 100 g Eiweiss, 300 g Butter. Die bereitete Suppe wurde zweistündlich verabreicht; daneben manchmal etwas Cognak oder Wein und etwas schwarzer, starker Kaffee. Autor führt nun einzelne typische Beispiele aus seinen Beobachtungen an. Erst einen Fall, wo unter strengster Diaet es nicht gelang, den Harn zuckerfrei zu bekommen. Die Zuckerausscheidung erreichte immer 50 g und mehr am Tage, Aceton 1 1/2—2 g, Ammoniak 1 1/2—3 g. Da alle Werthe zuletzt beunruhigend stiegen,

Hafercur. Sofort nach Beginn derselben gewaltiger Umschwung. Von Tag zu Tag sank der Zucker, das Aceton war schon am 3. Tage normal. Vom 49. Tage an vertrug Pat. die gewöhnliche strenge Kost, wobei er früher 50 g Zucker hatte, und schliesslich war es auch möglich, neben dieser Diaet ansehnliche Mengen Kohlehydrate zu geben. Der Harn blieb normal. Fälle mit solchem Verlaufe sind ja selten. Autor verfügt über 10 solche. Beispiel 2: Es trat zwar günstige Reaction ein, aber keine nachhaltige und wesentliche Toleranzsteigerung. Längere Fortführung der Hafercur nicht möglich, da sich Widerwillen gegen Hafer einstellte. Solche Fälle sind relativ häufig. Jedenfalls wurde offenbar durch die Cur das drohende Koma abgewendet und ein zufriedenstellender momentaner Erfolg erzielt. Beispiel 3: Durch die Cur sank ebenfalls Zucker- und Acetonausscheidung bedeutend ab, aber völlige Zuckerfreiheit kam nicht zu Stande. Der seit 10 Jahren zuckerkranke Pat. wurde aber durch die Cur wieder auf den gleichen guten Kräftezustand gebracht, den er Jahre hindurch behauptet hatte, und der erst in den letzten Monaten bedeutend gesunken war. Auch solche Fälle sind häufig. Typus 4 (auch recht zahlreich): Die Glykosurie wurde nicht vermindert, sondern vermehrt. Typus 5: Ziemlich leichter Fall eines erst seit $^1/_2$ Jahr bestehenden D., die Glykosurie weicht der gewöhnlichen strengen Diaet, Pat. hat bisher nicht an Kräften verloren. Es wäre zu erwarten gewesen, dass hier die grossen Hafermengen besser ausgenützt wurden, als in schweren Fällen. Das war aber nicht der Fall. Leichte Fälle ohne Diaceturie vertragen sogar die Hafercur recht schlecht und büssen meist noch an Toleranz ein, wenn man sie länger fortsetzt. Worauf diese paradoxe Wirkung beruht, ist noch dunkel. Auch gewisse andere seltsame Beobachtungen hat Autor gemacht. Es giebt Diabetiker mit leichter Glykosurie, die Beschränkung oder Entziehung der Kohlehydrate sehr schlecht vertragen. Giebt man diese Strenge auf, reicht man grosse Kohlehydratmengen, so kommt es zwar auf Tage zu stärkerer Glykosurie, bald aber vermindert sich diese, die Pat. scheiden trotz der grossen Zufuhr von Kohlehydraten weniger aus, gelangen sogar theilweise zu gänzlicher Zuckerfreiheit, die sie lange behaupten können. Diese Fälle haben mit den oben geschilderten eine gewisse Aehnlichkeit, aber es ist doch etwas ganz anderes. Bei der letzten Gruppe von Pat. tritt Erfolg ein, sobald man überhaupt die Strenge der Diaet verlässt und Kohlehydrate giebt, deren Art gleich-

gültig ist. Bei oben geschilderten Fällen aber kommt es sehr auf das Kohlehydrat selbst an, ja selbst auf das Amylum. Weizenbrod enthält auch Amylum. Wenn man aber bei einem Pat. sich die Toleranz für 250 g Hafermehl gesichert hat, so ist bei ihm keineswegs Toleranz für 250 g Weizenbrod vorhanden, vielmehr tritt bei diesem Ersatz sofort wieder Zucker auf. Also selbst die Provenienz des Amylums ist ein höchst wichtiger Factor. Klarheit in diesen Fragen besteht noch nicht, ja Autor kann noch nicht einmal die Gruppe von Fällen charakterisiren, bei der die Hafercur Nutzen verspricht. Jedenfalls ist nicht jeder Fall von D. dafür geeignet, ja manchen Pat. würde man damit recht schaden. Es ist noch vorsichtiges Tasten für jeden Einzelfall nothwendig, ein Allheilmittel des D. ist die Hafercur nicht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 36.)

— Zum **Coma diabeticum nach Operationen** führt E. Sintenis (Pernau, Livland) eine Beobachtung an, die er bei einem 42jähr., seit 9 Jahren an D. (zuletzt 5 % Zucker) leidenden Pat. gemacht hat. Am 23. IX. 98 wurde Autor wegen eines Furunkels geholt. Unter Schleich wurde eine Incision gemacht, aber aus Besorgniss wegen des psychischen Insults, eine zu wenig ausgiebige; es fand sich kein Eiter. Es trat aber eine gewisse Erleichterung ein, die Temperatur sank. Am 24. IX. erschien Pat. also gebessert. Aber schon am 25. IX. fand ihn Autor im vollen Koma. Im Laufe des 26. IX. liessen die komatösen Erscheinungen bis auf starken Acetongeruch und hohe Pulsfrequenz wieder nach, um sich im Laufe der nächsten Tage wieder einzustellen und am 5. X. zum Exitus zu führen. Am 26. IX. war der Furunkel nochmals gründlich eröffnet worden, wieder unter Schleich fast schmerzlos. Am 1. X. Urinmenge 8000 ccm, Zucker 7 %. Campher wie andere therapeutische Maassnahmen blieben wirkungslos. Es war also 32 Stunden nach Incision des Furunkels unter localer Infiltrationsanaesthesie ebenso Koma eingetreten, wie dies bei allgemeiner Narkose beobachtet worden ist. Ob die 2. Incision am 26. IX. das in spontanem Rückgang befindliche Koma von neuem angefacht und zum letalen Ende geführt hat? Das ist nicht zu entscheiden, ist aber nicht sehr wahrscheinlich, da das Coma diabeticum auch an und für sich Schwankungen im Verlaufe zeigt. Dagegen spielten hier Aufregung, Schlaflosigkeit, Nahrungsenthaltung, erzwungene Ruhetage bei psychischer äusserster Unruhe eine

so grosse Rolle, dass diese allein ohne weiteres genügten, um Koma bei einem langjährigen Diabetiker hervorzurufen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1903 No. 42.)

**Gonorrhoe.** **Hetralin** empfiehlt in einer vorläufigen Mittheilung Dr. R. Ledermann (Berlin). Bisher hatte Autor hauptsächlich *Urotropin* (Hexamethylentetramin) und *Helmitol* angewandt und in zahlreichen Fällen von acuten und chronischen, mit starker, eitriger Trübung des Harns einhergehenden, rein gonorrhoischen Entzündungen der hinteren Harnröhre und Blase mit den üblichen Tagesdosen (1½—2 g) nicht nur einen Nachlass der subjectiven Beschwerden, sondern auch eine Verminderung des Eitergehaltes des Harnes, nicht selten prompte Klärungen desselben beobachtet. Ebenso leisteten die Mittel bei gonorrhoischen Mischinfectionen und Erkrankungen der Blase auf anderer bakterieller Grundlage, dann als Prophylacticum und Desinficiens bei intraurethralen Eingriffen, ferner bei harnsaurer Diathese und zuweilen auch bei Phosphaturie gute Dienste. Seit einigen Monaten benützt nun Autor ein *neues Derivat des Hexamethylentetramins*, eben Hetralin, das, wie die bisherigen Erfolge zeigen, die oben genannten Mittel in ihrer Wirkung nicht nur erreicht, sondern sie in mancher Beziehung, so bei Behandlung gonorrhoischer Affectionen der hinteren Harnröhre, übertrifft. Hetralin (Dioxybenzolhexamethylentetramin) wurde in Tagesdosen von 1½—2 g (3—4 mal tägl. 0,5) nach dem Essen gegeben und ausnahmslos gut vertragen. Für seine Anwendung eignen sich Fälle von *acuter und chronischer gonorrhoischer Cystitis*, namentlich solche mit starker Trübung in der 2. Urinportion. In manchen Fällen trat eine überraschend schnelle Klärung des Urins und prompter Nachlass der subjectiven Beschwerden ein. Freilich gab es Fälle, wo erst Erfolg bei gleichzeitiger localer Behandlung eintrat, wo Hetralin auch ganz versagte, im Allgemeinen war aber der therapeutische Eindruck ein sehr günstiger, sodass Versuche mit dem neuen Präparat sich verlohnen.

(Dermatolog Centralblatt, September 1903.)

— Zur **Behandlung der chronischen G.** ergreift Dr. Edm. Falk (Berlin) das Wort. Ein Hauptinteresse bei der Behandlung der weiblichen G. muss die inficirte Urethra in Anspruch nehmen, da, solange in ihr sich die Infectionserreger aufhalten, eine Verschleppung derselben bei jedem Coitus möglich ist. Aber wie oft erlebt man gerade hier Miss-

erfolge! Die *Urethritis* erhält sich recht häufig isolirt oder nur in Verbindung mit Cervicalgonorrhoe Monate und Jahre lang, und zwar deshalb, weil am Eingange der Urethra der Gonococcus in Drüsen und Lacunen reichlich Schlupfwinkel findet, welche bei der üblichen Behandlung unzugänglich sind. Diese Affection der an der Harnröhrenmündung gelegenen Drüsengänge (Urethritis externa, Paraurethritis) ist es, welche immer wieder eine Neuinfection veranlasst, und hier muss vor allem der Gonococcus bekämpft werden. Ausser den eigentlichen Drüsen der Harnröhre findet sich häufig beiderseits, direct neben der Harnröhrenmündung im hinteren Drittel gelegen, je eine kleine Oeffnung, nicht selten liegt sie aber auch noch in der Harnröhre selbst, welche von einem gewulsteten Hof umgeben ist und rundliche Form hat, der Randwulst dieser Drüsenlumina ist bei G. geröthet, geschwollen, und bei Druck von der Harnröhre aus erkennt man deutlich, dass sich neben dem Secret der Harnröhre aus diesen Oeffnungen je ein kleiner Tropfen Eiter entleert, und darin sind Gonokokken nachweisbar. Diese Oeffnungen lassen sich auch bei nicht inficirten Frauen sondiren und führen parallel mit der seitlichen Harnröhrenwand im submucösen Gewebe ca. $^3/_4$—$1^1/_2$ cm in die Tiefe. Bei der G. sind diese Drüsengänge erweitert und lassen die Sonde leicht eindringen. Sie werden als Skene'sche Drüsen bezeichnet. Autor konnte nun feststellen, dass sich das gonorrhoische Secret ebenso häufig wie hier in 2 anderen Gängen festsetzt, die bisher nicht erkannt worden zu sein scheinen, obwohl die Lumina dieser Gänge dem unbewaffneten Auge leichter erkennbar sind, als jene. Man findet diese Gänge ein- oder doppelseitig seitlich und nach hinten vom hinteren Umfange der Harnröhrenmündung ca. $^1/_4$—$^1/_2$ cm weit von der Urethralmündung entfernt. Ihre Lage ist charakterisirt dadurch, dass sie in einem kleinen Dreieck liegen, das besonders deutlich bei Frauen erkennbar ist, deren Hymen noch nicht vollständig zerstört ist. Der lange äussere Schenkel dieses Dreiecks wird durch den Theil des Seitenraumes des Hymen gebildet, der in die von Waldeyer als „Habenulae urethrales“ bezeichneten parallel gestellten Längsfalten übergeht, welche sich von der „Urethralmündung in der Medianlinie bis zur Anheftungsstelle des Frenulum clitoridis erstrecken“, der innere Schenkel durch den vordersten Theil des freien Randes des Hymen, resp. durch die papillo-vestibulare Falte; die Verbindungslinie der vordersten Theile dieser beiden Schenkel, welche tan-

gential den hinteren Umfang der Harnröhre berührt, bildet die kürzeste (vordere) Seite dieses Dreieckes. Der Verlauf der Gänge ist schräg nach aussen hinten, dicht unter der Schleimhaut der seitlichen Vaginalwand, die Länge beträgt bis zu 2 cm. Bei einer nicht deflorirten Person konnte Autor diesen Gang in seiner ganzen Länge im Hymen verlaufend finden, sodass anzunehmen ist, dass diese Gänge, die so deutlich mit dem Ansatz der Hymenalreste zusammenhängen, Residuen dieser Hymenallacunen sind; Autor nennt sie deshalb „Lacunae hymenales". Durch gonorrhoisches Secret kann nun Verlegung der Mündung derselben vorkommen, das Secret sammelt sich an, es entsteht ein Pseudoabscess, die Carina urethralis erscheint vorgewölbt, der sonst hier deutlich erkennbare vorderste Theil der Columna rugarum anter. ist verstrichen. Diese Lacunae sind nicht zu verwechseln mit den im Sulcus nympho-hymenalis, zwischen Hymen und Nymphen gelegenen „Fossulae nympho-hymenales", kleinen, blinden Grübchen, welche fast bei jeder Frau nachweisbar sind, während die hymenalen Lacunen, nicht so constant vorhanden, durch ihre Lage, ihre Verlaufsrichtung, relativ grosse Länge sich charakterisiren. Sie lassen sich, wenn durch gonorrhoisches Secret ausgedehnt, mit einer stärkeren Sonde leicht passiren, und mit einer feineren Scheere gelingt es, sie in ihrer ganzen Ausdehnung nach der Scheide zu zu spalten und so die weitere Ansiedelung des Gonococcus zu verhindern. Die paraurethralen Gänge brennt man am besten aus durch Einführen einer rothglühenden Sonde, event. eines Paquelin. — Bei der Behandlung der *Endocervicitis* und *Endometritis gonorrhoica* ist Autor der Ansicht, dass locale *ambulante* Behandlung bei Nichtbetheiligung der Adnexe wesentlich grössere Gefahren mit sich bringt, als ein mehr exspectatives Verfahren. Man begnüge sich mit Ausspülungen, am besten mit *Zinc. chlorat.* nach Fritsch (Zinc. chlorat., Aq. dest. aa, 1 Esslöffel auf 1 Liter Wasser), verordne möglichste Schonung, vor allem Fernbleiben jeder Arbeit, die mit stärkerem arteriellen Zufluss zu den Genitalien verbunden ist (Nähmaschine!). Die intrauterine Therapie bleibe der klinischen Behandlung vorbehalten. So die Uterusausspülungen, zu denen man am besten schwache *Protargol*lösung oder *Thigenol* (4%) in einer ½%igen Lysollösung nimmt. Autor geht nun des Näheren auf die klinische, speciell operative Therapie ein und betont dann weiter, dass die operativen Fälle ebenso wie diejenigen, in denen sich gonorrhoische Adnexerkrankungen ausbilden,

die keine operativen Eingriffe erfordern, häufig einer resorbirenden Nachbehandlung bedürfen. Hier lieferte der Schwefel als Sitzbad, Vollbad, in Form von Tampons, weit günstigere Resultate, als Sool-, Salz- und Moorbäder. 50%ige Thigenol-Tampons, jeden 2. Tag eingeführt, Schwefelbäder, durch Zusatz von 30 g Kal. sulfurat. und 100 g Leim zu einem Sitzbade (der Leim wird in 1 Liter Wasser 1 Stunde erweicht, dann in Wärme gelöst und dem Bade zugesetzt, in welchem vorher die Schwefelleber gelöst wurde) oder durch Auflösung von 40 g Thigenol in einem Seifensitzbade hergestellt (in kalkhaltigem Wasser trübt sich sonst das Thigenol) bewirken allmählich eine Resorption, welche wesentlich beschleunigt wird, wenn die Pat. ein Schwefelbad (Pistyan, Nenndorf, Aachen) aufsuchen, wo sehr gute Resultate erzielt werden.

(Therap. Monatshefte, October 1903.)

— Bei der **Abortivbehandlung der G.** hat Dr. F. Fuchs (Breslau) sehr gute Resultate mit *Albargin* erzielt, wenn die Pat. 48 bis höchstens 72 Stunden post coitum in Behandlung traten. Eine 2% ige Albarginlösung wurde in einer 100 ccm fassenden Handspritze aspirirt und auf die Spritze eine Glasolive fest aufgesetzt, dann unter sanftem Drucke die Urethra anter. mit der Lösung angefüllt, bis der Pat. das Gefühl hatte, dass die Harnröhre gespannt sei. Die Olive wurde nicht entfernt. Nach 5 Minuten wurde die 1. Injection abgelassen, die 2. blieb 3 Minuten, die 3. nur 2 Minuten in der Urethra. Am nächsten Tage ebenso. Die sich jetzt anschliessende Secretion hatte rein epithelialen Charakter und hielt verschieden lange an; meist war nach 14 Tagen unter adstringirender Einspritzung die Harnröhre absolut trocken, einige Male dauerte es etwas länger. Complicationen traten nie auf, die G. blieb stets auf die Pars anterior beschränkt. (Therap. Monatshefte, October 1903.)

— **Locale Fangoapplicationen bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen** empfiehlt Dr. Schuppenhauer (Berlin, Fango-Curanstalt) auf Grund von 52 Fällen, welche zeigten, dass diese Methode mit Ausnahme des Empyems bei allen Formen der gonorrhoischen Arthritis, sowohl im acuten Stadium, wie im subacuten und chronischen, eine werthvolle Bereicherung der Therapie darstellt, da sie zu den besten Resultaten geführt hat. Sie soll nicht unterschiedslos bei jedem Falle gleich angewandt werden. In leichten Fällen kommt man ohne sie aus. In Fällen, bei

denen excessive Schmerzhaftigkeit grosse Lageveränderungen (Hüfte!) verbietet, soll davon zunächst Abstand genommen werden, dagegen können Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Fuss- und Kniegelenke ohne grosse Belästigung der Pat. so behandelt werden. In den Fällen, wo andere Mittel versagen, da muss diese Behandlung einsetzen. Besonders sollte man bei der phlegmonösen Form höchstens einige Wochen zuwarten, am besten nicht länger, als bis die zur Application nöthigen Lageveränderungen ertragen werden. Durch rechtzeitiges Einsetzen der Wärmebehandlung könnten manche Versteifungen hintangehalten werden, manche schon steife Gelenke gute Bewegungsfähigkeit erhalten. Freilich bedarf es meist längerer Behandlungszeit, zur Resorption chron. Infiltrate gehören manchmal Monate. Gewöhnlich werden die Applicationen 3—6 Mal in der Woche gemacht. Sie schwächen die Pat. absolut nicht, wenn man das Transpiriren dabei vermeidet, das bei der Behandlung gar nicht nöthig ist, die auch ohne Schwitzprocedur ihre günstige Wirkungen entfaltet. Dadurch ist es möglich, ohne jede Gefahr auch Pat. mit Herzaffectionen, Arteriosklerose, Senilismus etc. der Fangobehandlung zu unterziehen. (Die Therapie der Gegenwart, October 1903.)

**Hysterie.** **Epilepsie und H. vom Standpunkt der Invalidenversicherung aus** beleuchtet auf Grund eigener reicher Erfahrungen Dr. W. Stempel (Diakonissen-Krankenhaus Bethlehem in Breslau). Leider wird oft die Diagnose Epilepsie einfach nur auf die Aussagen des Pat. oder seiner Angehörigen gestellt. Das ist zu missbilligen. Die Diagnose muss auf persönlicher Beobachtung eines typischen Anfalles basirt sein. Freilich stösst das in der Praxis oft auf Schwierigkeiten. Sind diese unüberwindlich, so wird man sich damit begnügen müssen, eine möglichst genaue Schilderung jener Angaben zu liefern, daneben einen einwandsfreien objectiven Befund, die Diagnose aber in suspenso lassen und zur Sicherung derselben längere Beobachtung in einem Krankenhause empfehlen. Erlebt man aber Anfälle mit, so berücksichtige man vor allem folgende Momente. Zunächst stets das Verhalten der Pupillen, welche bei wirklicher Epilepsie sich allen Lichteinflüssen gegenüber vollkommen reactionslos verhalten. Es ist nicht immer leicht, dies festzustellen, da die Augen meist stark verdreht werden, die Bindehäute stark hyperaemisch sind, vielfach starke Thränensecretion besteht. Man ziehe daher mit Hülfe eines Handtuches,

Taschentuches u. dgl. die Lider vorsichtig auseinander und bringe den Bulbus schonend in die richtige Lage, während eine Hülfsperson die Lichtquelle dirigirt, wenn Tageslicht fehlt. Weiter ist wichtig die Art des Anfalls. Bei richtiger Epilepsie beginnt derselbe mit einem kurzen tonischen Vorstadium, die Muskeln werden sämmtlich angespannt, hierbei kann es durch Betheiligung der Respirationsmuskeln zu einem mehr oder weniger lauten Schrei, manchmal nur zu einem dumpfen, unarticulirten Geräusch kommen, das Gesicht wird dunkelblau, Schaum und Speichel treten vor den Mund, die Zunge wird verletzt, sodass sich Blut dem Schaum beimischt. Bald löst sich aber der tonische Krampf, und es kommt zu den typischen klonischen Zuckungen. Während des Anfalles sind die Pat. absolut bewusstlos, sie reagiren weder auf Anrufen, noch auf schmerzhafte Reize. Am beweisendsten wird aber neben dem Verhalten der Pupillen immer die Dauer des Anfalls bleiben. Der epileptische Anfall ist stets von kurzer Dauer; ein solcher über 5 Minuten gehört schon zu den Seltenheiten. Neben den Zungenbissen finden sich oft noch andere Verletzungen in Folge des plötzlichen Zusammenstürzens vor: Schrunden, Quetschungen, selbst Luxationen. Wie anders beim hysterischen Krampfanfall! Derselbe dauert gewöhnlich viel länger; solche von 1/2 Stunde und mehr sind gar nicht selten. Er beginnt vielfach allerdings ebenso wie der epileptische mit einem lauten Schrei, während jedoch nach diesem bei der Epilepsie nur noch röchelnde oder schnarchende Töne hervorgebracht werden, dauern die schreienden und stöhnenden Töne während des hysterischen Anfalls vielfach fort, ja sie können sich sogar bis zu lautem Weinen und Schluchzen vermehren. Es findet ferner niemals eine momentane krampfartige Lähmung der Respirationsmuskeln statt, mithin auch keine so ausgesprochene Cyanose, sondern höchstens kurze Blaufärbung des Gesichts, welche während des klonischen Stadiums wieder verschwindet, während sie bei der Epilepsie auch dann noch erhalten bleibt. Die Pat. fallen auch meist plötzlich hin, es finden sich aber fast nie derartige Verletzungen, wie bei Epilepsie, nur sehr selten ein Zungenbiss, während meist bei blutigem Schaum das Blut aus dem Zahnfleisch stammt und von den Pat. durch Saugen mit der Zunge demselben entnommen wird. Die klonischen Zuckungen sind regellos, die Pat. werfen Arme und Beine umher, wälzen den Rumpf bald auf die, bald auf jene Seite, bald wird der Rücken bogenförmig

in die Höhe gekrümmt, bald die unteren Extremitäten in die Luft geschnellt. Das Bewusstsein ist gewöhnlich nicht ganz erloschen, häufig reagiren die Pat. schon auf Anrufen, sie machen auf schmerzhafte Reize Abwehrbewegungen u. s. w. Sehr wichtig ist das Verhalten der Pupillen, die auf Lichteinfall reagiren. Zur weiteren Sicherung der Diagnose ist noch in der anfallsfreien Zeit ein genauer objectiver Befund aufzunehmen, der bei Epilepsie meist negativ ist, nicht so bei Hysterie, wo trotz normalen Befundes an Herz und Lungen Athmung und Puls meist beschleunigt sind, vielfach Steigerung der Reflexe besteht, Störungen der Hautempfindung selten vermisst werden. Lässt nun die weitere Untersuchung des Nervensystems uns ein organisches Leiden ausschliessen, so können wir mit ziemlicher Sicherheit H. annehmen, event. wird bei längerer Beobachtung im Krankenhause die Diagnose fast stets sicher gestellt werden können. Viel schwieriger ist die Beurtheilung der Arbeitsfähigkeit, wobei die verschiedensten Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, z. B. die Beziehungen des Arbeitsmarktes und die ihn beherrschenden Factoren. Der Arbeitgeber ist nicht in der Lage H. und Epilepsie auseinanderzuhalten, für ihn sind Krämpfe ein Leiden, welches mit den mannigfachsten Gefahren bei Ausübung des Berufes verbunden ist, er wird sich also bei der Regresspflichtigkeit der Betriebsunternehmer scheuen, eine mit häufigen Krämpfen behaftete Person anzustellen. In kleineren Ortschaften ist oft die ganze Gegend unterrichtet, Anfragen nach Arbeit verlaufen daher meist resultatlos. Der Arbeitsmarkt ist also sehr eingeengt, und bekommt der Pat. wirklich Arbeit, so genügen ein paar kurz nacheinander auftretende Anfälle für abermalige Entlassung. Treten die Krämpfe also, gleichgültig ob es sich um H. oder Epilepsie handelt, täglich oder mindestens alle paar Tage auf, so werden wir Arbeitsunfähigkeit annehmen müssen. Während diese aber bei der Epilepsie eine dauernde ist, und daher solche Pat. nach dem Gesetze (§ 15, Absatz 2) ohne weiteres in den Genuss der Invalidenrente treten, treten bei H. gewisse Modificationen ein. Bei H. handelt es sich in der Regel um jugendliche, sonst ganz gesunde Personen. Haben solche häufige Anfälle, so ist zunächst Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, mit der Einschränkung, dass diese keine dauernde ist. Es ist ja eine alte Erfahrung, dass selbst schwer Hysterische im Laufe der Jahre erhebliche Besserungen zeigen. Wenn wir also hier dauernde Invalidität noch nicht annehmen,

geben wir den Versicherungsanstalten einmal die Möglichkeit, im Falle einer Besserung oder Heilung die Rente leicht zu entziehen (§ 47), andererseits werden die Versicherten nicht geschädigt, denn so lange die schweren Erscheinungen bei ihnen bestehen, ist ihnen der Genuss der Invalidenrente nach § 16 des Invaliden-Versicherungsgesetzes ermöglicht, welcher besagt, dass Rente auch derjenige nicht dauernd Erwerbsunfähige erhält, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, und zwar für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit. Ist nun ärztliche Behandlung im Stande, eine derartige wesentliche Besserung in kürzerer Zeit herbeizuführen? Bei Epilepsie nicht, selbst ein streng durchgeführtes Heilverfahren stellt den Pat. nicht in dem Sinne her, dass er wieder für längere Zeit arbeitsfähig wird; ein solches ist darum auch nicht zu empfehlen. Anders bei hysterischen Krampfanfällen. Die Erfahrung lehrt, dass hier vor allem die Genesungsheime der Versicherungsanstalten bedeutende Besserung herbeiführen, und ist darum vorzugsweise bei jugendlichen und sonst gesunden Personen die Uebernahme des Heilverfahrens stets in Vorschlag zu bringen, während bei Pat. im oder in der Nähe des Climacteriums erst nach Ablauf desselben wesentliche Besserung erwartet werden kann, weshalb hier von einem Heilverfahren abzusehen, aber eine Nachuntersuchung nach gewissen Zeiträumen zu empfehlen ist. Wie aber bei seltenen und wenig intensiven Anfällen? Bei Epileptikern wird unter allen Umständen vor der Entscheidung nothwendig sein, eine mindestens vier Wochen dauernde Beobachtung in einem mit ständigem ärztlichen Dienst versehenen Krankenhause. Die Pat. sagen freilich oft, hier, bei Ruhe und guter Pflege, träten die Anfälle seltener ein. Autor lässt daher solche Pat. nicht faullenzen, sondern sich je nach ihrer Befähigung und ihrem Stande beschäftigen, also mit Gartenarbeit, Drehen der Mangelrolle, Wickeln von Binden, Kochen, Waschen u. s. w. So erhält man ein ziemlich richtiges Bild von dem Verhalten der Pat. auch ausserhalb des Krankenhauses, von der Einwirkung der Arbeit auf die Anfälle. Treten nun bei ausreichend leichter Beschäftigung die Anfälle höchstens alle 8 Tage ein, so ist zunächst zu sehen, wie schwer sie sind und wie sich das Befinden der Pat. nach dem Anfall gestaltet. Ist der Anfall sehr schwer, finden dabei heftige und ausgedehnte Krampfbewegungen statt, erreicht der Anfall annähernd die Maximaldauer von 5 Minuten,

ist der komatöse Zustand nach demselben ein langer, und lässt sich feststellen, dass Pat. selbst mehrere Tage nach dem Anfall thatsächlich noch matt und leidend ist, so werden wir auch bei relativ seltenem Eintreten der Anfälle dauernde Arbeitsunfähigkeit annehmen müssen. Gehen aber solche seltene Anfälle schnell vorüber, sind die Pat. schon Tags darauf wieder munter, dann werden wir sagen, dass die Pat. noch zu den mannigfachsten leichten Arbeiten so andauernd fähig sind, um mit diesen die vom Gesetz vorgeschriebene Mindestverdienstgrenze erreichen zu können, also Invalidität nicht vorliegt. Zu betonen ist freilich, dass die Pat. nur mit solchen Arbeiten beschäftigt werden können, bei welchen sie nicht grösseren Gefahren ausgesetzt sind, als wenn sie den Anfall in ihrer Behausung erleiden. Ausgeschlossen sind also alle maschinellen Betriebe, Arbeiten am Feuer und Wasser, Beschäftigungen, die mit Hülfe von Hausthieren und an solchen vorgenommen werden, so Fahren mit Pferden, Melken der Kühe u. dgl. Dagegen bietet sonst die Landwirthschaft hier ein ausgedehntes Arbeitsfeld, und wird es den Pat. bei dieser auch noch am ehesten gelingen, ihre Kräfte verwerthen zu können, da ja gerade hier steter Arbeitermangel herrscht und selbst minderwerthige Kräfte willkommen sind. Ferner werden bei der Landwirthschaft gerade eine grosse Anzahl der für die leichten Epileptiker passenden Arbeiten unter steter Aufsicht, sei es durch Mitarbeitende oder Aufseher ausgeführt, sodass stets Hülfe zur Stelle ist und aus Anfällen kein grösserer Schaden erwachsen kann, als wenn sie sich im Heim ereignet hätten. Auch die Arbeiten in der Häuslichkeit sind unter Aufsicht durchaus geeignet, ebenso das Flechten von Körben und Matten, Spulen von Garn u. dgl. Ein Heilverfahren in dem Sinne, dass derartige leichte Epileptiker in einem Krankenhause oder Genesungsheim unterzubringen wären, kann bei der voraussichtlich sehr langen Dauer einer derartigen Behandlung nicht empfohlen werden. Wesentlich anders gestaltet sich die Beurtheilung der leichten hysterischen Krampfformen; dieselbe deckt sich im Grossen und Ganzen mit derjenigen, welche für die H. im allgemeinen maassgebend ist. Sehr wichtig ist hier der objective Befund am Nervensystem, der bei der Abschätzung der Arbeitsfähigkeit absolut nothwendig ist. Man kann dann genau von einander leichte, mittelschwere und schwere H. trennen und daraus direct den noch vorhandenen Grad der Arbeitsfähigkeit bestimmen. Leichte H. ist diejenige, bei der vor

allem die subjectiven Empfindungen in den Vordergrund treten, Energielosigkeit, Erregungszustände, Unruhe, Clavus, Globus etc., und der objective Befund ein geringer ist. Mittelschwere diejenige, bei der neben ausgeprägten subjectiven Erscheinungen deutliche und weit verbreitete Empfindungsstörungen vorhanden sind, ferner in grösseren Zwischenräumen eintretende und das Allgemeinbefinden wenig störende Krampfanfälle bestehen. Bei diesen wird man auch vielfach ein noch zu wenig beachtetes objectives Symptom der Hysterie auffinden können, eine deutliche concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Mehren sich die Krampfanfälle, sodass sie z. B. täglich 1 Mal und öfter auftreten, finden sich neben vollkommener Anaesthesie der Haut für alle Empfindungsqualitäten vielleicht noch hysterische Contracturen, Gelenkneuralgieen oder Lähmungen, Aphonie, schweres Erbrechen u. dgl., dann ist eine schwere Form der H. vorliegend. Zu betonen wäre noch, wie sehr meist bei H. Unlust zu jeder Arbeit vorhanden ist, begründet im Wesen der Krankheit selbst. Der Arzt kann also hier nur auf Grund ganz eingehender Untersuchung und Prüfung den Grad der Erwerbsunfähigkeit an der Hand des objectiven Befundes abschätzen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass das beste Heilmittel der H. die regelmässige leichte Arbeit ist. Wir werden also bei leichter und mittelschwerer H., sobald der übrige Körperbefund ein normaler, der Ernährungs- und Kräftezustand ein ausreichender ist, unter allen Umständen noch die andauernde Beschäftigung mit mindestens allen leichten Arbeiten zugeben müssen, und damit ist überall noch das Erreichen der vom Gesetz vorgeschriebenen Mindestversicherungsgrenze möglich. Bei den schweren Formen hingegen ist stets Arbeitsunfähigkeit zu erklären, jedoch immer mit der Einschränkung, dass diese keine dauernde sein wird. Nun zur Frage des Heilverfahrens. Wenn wir bedenken, dass selbst leichte Fälle von H. sich bei jeder Gelegenheit in die schwerste Form umwandeln können, so werden wir häufig schon bei diesen in die Lage versetzt sein, trotz vorhandener Arbeitsfähigkeit im Sinne des Gesetzes doch den Versicherungs-Anstalten das Heilverfahren frühzeitig empfehlen zu müssen, um das Eintreten schwerer Erscheinungen rechtzeitig zu verhüten. Das wird besonders dann der Fall sein müssen, wenn die Erkrankten in ungünstigen häuslichen Verhältnissen zu leben gezwungen sind, bei Frauen kurz nach schweren Entbindungen oder mit starken Blutverlusten verbundenen Fehl- und Früh-

geburten, namentlich aber auch dann, wenn krankhafte Veränderungen am Genitalapparate, Lageabweichungen, Entzündungen etc. zu constatiren sind. Hier wird der längere Aufenthalt in frischer Luft, bei ausreichender Ernährung im Genesungsheim und event. nöthigen speciellen Heilverfahren das Zustandekommen schwerer Erscheinungen oft verhüten. Und sind diese schon eingetreten, so wird auch hier das Heilverfahren segensreich wirken und eine Anzahl sich und anderen zur Last fallende Personen zu nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft erziehen helfen. (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903, No. 17.)

— **Giebt es ein hysterisches Fieber?** Diese Frage beantwortet Dr. B. Kallmeyer auf Grund einer kritischen Durchsicht der Litteratur und eigener Erfahrungen mit „*Nein*". Sehr oft hat man es mit Simulation, mit künstlich hergestellter Hyperthermie zu thun. Es sind aber auch Fälle bekannt, wo solche wirklich bestand. Da handelte es sich aber, wenn man genauer zusieht, stets um eine *gleichzeitig bestehende organische Erkrankung und um hysterische Potenzirung des von hier stammenden Fiebers.* Wenn es für den organisch gesunden Menschen experimentell bewiesen ist, dass man seine Körpertemperatur durch Suggestion um 1° steigern kann, und von dem organisch kranken, fiebernden Menschen bekannt ist, dass durch Aufregungen Steigerungen vorkommen können, so ist anzunehmen, dass solches bei einem organisch kranken und dazu noch hysterischen Pat. in weit höherem Grade möglich ist. Also in der Suggestion und Autosuggestion hätten wir eine Erklärung für jene Hyperthermie Hysterischer, die zugleich ein organisches Leiden haben. Dies ist freilich oft schwer herauszufinden. Es kann sich da handeln um langsam beginnende Tuberculosen, um gewisse Formen von Pyelitis, um Analfisteln, versteckte Pleuritiden und Abscesse, um Autointoxicationen, chronisch recidivirende Endocarditis, anaemisches Fieber u. s. w. Autor erlebte selbst zwei interessante Fälle von „hysterischem Fieber". Im ersten handelte es sich um ein 28jähr. Mädchen, das mit heftigen Kopfschmerzen behaftet war. Pat. leugnete mit aller Entrüstung jegliche Beziehungen zum männlichen Geschlecht auch für frühere Zeiten ab. Pat. fieberte Abends hoch, organische Krankheiten waren nicht zu constatiren; man stand vor einem Räthsel. Pat. wollte schon seit langem an hysterischen Krankheiten gelitten haben und zeigte auch jetzt solche im Spital. Die hysterischen Krampfan-

fälle waren nur schwach, Launenhaftigkeit und Stimmungswechsel beherrschten das Bild. Während eines Krampfanfalles starb Pat. ganz unerwartet, man stand wieder vor einem Räthsel. Bei der Obduction aber fanden sich an den Genitalien Zeichen eines vor Jahren stattgehabten Aborts, in den Grosshirnhemisphaeren zahlreiche Gummata. Diese, die Resorption ihrer Zerfallsproducte oder eine durch sie bedingte Reizung gewisser Hirntheile hatten also das Fieber bedingt, wobei es freilich unbegreiflich blieb, dass solche grobe anatomische Veränderungen des Gehirns keine Ausfalls- oder Lähmungserscheinungen hervorgerufen hatten, sondern nur Krämpfe, die nicht stärker waren als sonst bei H. Die zweite Patientin war ein 25jähr., typisch hysterisches Mädchen, das über $1^1/_2$ Jahre unregelmässiges remittirendes Fieber bis $38{,}5^0$ hatte. Alle Aerzte suchten vergeblich nach der Quelle dieser subfebrilen Temperaturen. Erst als sich ganz langsam eine Dämpfung an einer Lungenspitze einstellte, erkannte man, was vorlag. Eine nach dieser Richtung hin eingeleitete Therapie hatte endlich Erfolg, das Fieber schwand, Pat. wurde wieder gesund. Es hatte sich um einen eminent chronischen Process in der Lunge gehandelt, der bei der Hysterica vielleicht die Temperatur um einige Zehntel höher gebracht hatte, als sonst. Von einem „hysterischen" Fieber aber war auch hier nicht die Rede, wie auch in den anderen publicirten Fällen ein solches in Wirklichkeit nicht existirte.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903 No. 30.)

**Nephritis.** **Zur Diagnose chronisch nephritischer Processe** ist eine Arbeit von Dr. Schwarzkopf (Medicin. Klinik in Tübingen) betitelt. Die Diagnose der N. beruht vorerst noch auf den klinischen Symptomen, dem Befund von Eiweiss und von Formbestandtheilen. So leicht man damit auskommt für die voll ausgebildeten Fälle der Krankheit, so leicht giebt es Schwierigkeiten, einmal wenn es gilt, zu entscheiden, ob die genannten Symptome nicht auf blosser Stauung beruhen, und ferner bei den beginnenden und zunächst noch schwach ausgebildeten Fällen der Krankheit. Namentlich handelt es sich um Pat., bei denen das Herz eine muskuläre Störung aufweist, und für deren ganze Beurtheilung es sehr wünschenswerth ist zu wissen, ob die Nieren gesund oder ebenfalls erkrankt sind. Ist in solchen Fällen Eiweiss im Harn vorhanden, so wird eine eingehende Untersuchung der Harnverhältnisse, der Haut, Leber etc. in der Regel richtig erkennen lassen, ob die Albuminurie

auf Stauung beruht. Der Nachweis eines eiweissfreien Harns genügt aber nicht für den Ausschluss einer Nephritis. Schon seit langem weiss man, dass im Harn auch bei ausgebildeter N. Eiweiss fehlen kann. Allgemein bekannt ist das für Fälle von Schrumpfniere mit erhöhter Harnmenge. Nachdem in neuerer Zeit durch die Benützung der Centrifuge die Untersuchung auf Formbestandtheile im Harn wesentlich erleichtert ist, verlohnt es sich, nachzuforschen, ob vielleicht der Befund von solchen bei eiweissfreiem Harn von Bedeutung sein kann. Unter den Formbestandtheilen sind von grösster Bedeutung die Harncylinder, die beim Gesunden so gut wie nie vorkommen, sondern stets auf krankhafte Processe in den Nieren hindeuten. *Cylindrurie*, d. h. Auftreten von Cylindern ohne Albuminurie, ist jetzt vielfach beschrieben worden, allerdings nicht so sehr bei eigentlicher N., als bei Zuständen, die durch Toxine resp. Medicamente aller Art hervorgebracht waren, und mit denen wahrscheinlich auch eine Reizung der Nieren verbunden war. Autor beschreibt nun eine Reihe von Beobachtungen, wo im Urin Cylinder ohne Albumen nachzuweisen waren, und wo alles auf das Vorhandensein einer chronischen N. hindeutete. Die Bedeutung der reinen Cylindrurie für die Frühdiagnose gewisser Formen von chronischer N. ist nicht gering. Bedenkt man die oft enorme Schwierigkeit und Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Erkennung solcher Zustände in therapeutischer und prognostischer Hinsicht, so muss jedes zu Gebote stehende Hülfsmittel als werthvoll erscheinen. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass gerade durch eine sorgfältige Untersuchung der Harnsedimente auf Cylinder eine Diagnose in manchen Fällen möglich sein wird, wo sonstige ausgesprochene klinische Erscheinungen noch fehlen. Aehnlich sprach sich Stewart aus, der in einer grösseren Anzahl von Fällen aus dem Befund von Cylindern ohne Albuminurie chronische N. diagnosticiren zu müssen glaubte, speciell bei Leuten, deren Herz- und Gefässsystem keine Zeichen von Erkrankung aufwiesen. Das constante Vorkommen von Cylindern bei den chron. Formen der N., besonders den bei Arteriosklerose auftretenden, auch bei fehlender Albuminurie, betonte neuerdings Bock. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

— Ueber das **Fehlen von Cylindern im Urin von Nephritikern** lässt sich Dr. Ad. Treutlein (Medicin. Klinik in Würzburg) aus. Veranlassung dazu gab, ausser einigen im letzten Jahre beobachteten Fällen von Fehlen der Cylinder

in Nephritisurinen, speciell ein Fall, der mit Bestimmtheit (u. a. Retinitis albuminurica als Complication) als N. angesprochen wurde; trotzdem wurden bei häufigen mikroskopischen Untersuchungen nie intacte Cylinder gefunden. Autor stellte nun Versuche an und kann auf Grund derselben, zum mindesten für seinen speciellen Fall, Folgendes behaupten: Es giebt Fälle von sonst typischer N. mit Albuminurie und Retinitis, aber ohne Cylinder. Das Nichtvorhandensein der letzteren beruht auf Auflösung derselben, und diese Cylindrolyse wird bedingt durch Bakterieneinwirkung (Bacter. coli), und zwar kann dies bei gleichzeitig vorhandener Cystitis entweder erst in der Blase oder mit grösserer Wahrscheinlichkeit durch Ascendirung des Bacter. coli (worauf die vorhandene N. wohl überhaupt zurückzuführen ist) schon im Nierenbecken oder den Harnkanälchen geschehen. (Ibidem.)

— **Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlach-Nephritis** empfiehlt Kinderarzt Dr. J. Widowitz (Graz). Derselbe gab bei 102 nicht ausgewählten Fällen von Scarlatina (Kindern von 1—15 Jahren) sogleich bei Beginn der Krankheit an drei aufeinanderfolgenden Tagen Urotropin (dreimal täglich 0,05—0,5) und ebenso zu Beginn der 3. Woche, in der ja N. so häufig vorkommt. Nicht ein einziges Mal zeigte sich N., sodass man wohl kaum von einem Zufall reden kann. Das Urotropin selbst wurde stets gut vertragen. (Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 40)

**Rheumatismen.** Zur **externen Behandlung der rheumatischen, myalgischen und neuralgischen Erkrankungen** nimmt man nach Dr. J. A. Goldmann (Wien) am zweckmässigsten als Vehikel für das Salicyl das „Vasogen. pur. spissum“, das am besten eine gleichmässige Resorption des Arzneistoffes und deshalb den prompten Effect gewährleistet, wie ja überhaupt Vasogen in weit höherem Grade arzneiliche Stoffe in sich aufzunehmen vermag, als andere Vehikel, und, ohne irgend welche Reizwirkung auf die Haut auszuüben, von dieser am vollkommensten und am raschesten resorbirt wird. Autor benützte meist *10%iges Salicyl-Vasogen.* Dasselbe wirkte für sich allein prompt bei acuter Polyarthritis. In den ersten Tagen wurde es zweimal täglich auf Leinwand gestrichen applicirt, und als dann die Schmerzen und Schwellung nachgelassen hatten, zwei- bis dreimal täglich eingerieben. Es wirkte so sehr günstig ein und verkürzte die Krank-

heitsdauer erheblich. Auch bei chron, Polyarthritis, wo zumeist 10%iges flüssiges Salicyl-Vasogen zur Anwendung gelangte, waren die Erfolge sehr zufriedenstellend; in sehr hartnäckigen Fällen, wo diese Behandlung nicht ausreichte, brachte die nachherige Application von 6—10%igem *Jod-Vasogen* Besserung. Salicyl-Vasogen bewährte sich sehr bei zwei Fällen von *Pleuralgie* nach Influenza, ferner bei einer Anzahl von *Trigeminus-*, *Supraorbital-*, *Facialis-Neuralgieen*, bei Ischias, Lumbago und acuten, wie chron. Muskelrheumatismen. (Die Therapie der Gegenwart, September 1903.)

— Mit **Glycosal** (Salicylsäureglycerinester) stellte Dr. H. Ratz (medic. Universitätspoliklinik Erlangen) Versuche an. Zunächst suchte er die Resorption durch die Haut klarzustellen. Es wurde zunächst 10 und 20%ige Salbe mit Ung. Paraffini auf Gaze gestrichen, applicirt und durch Verband fixirt; Salicylreaction im Harn negativ, dann wurden 10 g Glycosal in 100 g Alkohol (96%) gelöst, damit eine mehrfache Schicht Gaze getränkt und diese mit einer undurchlässigen Schicht und Binden fixirt; ebenfalls negatives Resultat. Endlich kommt Glycosalsalbe mit Zusatz eines flüchtigen Stoffes an die Reihe; es wird eine Salbe aus 10 g Glycosal und 90 g Ung. Paraffini hergestellt, welcher beim Anreiben allmählich 15 ccm Ol. Terebinth. zugesetzt werden. Von derselben werden 10 g auf den Oberschenkel gestrichen und darüber Gazeverband angelegt; nunmehr im Urin Tags darauf deutliche Salicylreaction. Nach diesen Versuchen wird man eine Resorption des Glycosals von der Haut am sichersten durch Zufügung von 10% flüchtigen Stoffen, Ol. Terebinth., Chloroform etc. zur Salbengrundlage oder auch zu einer spirituösen Lösung erreichen. Thatsächlich hat sich diese Verordnung bei einigen Fällen sehr bewährt. Autor zog es aber doch im Allgemeinen vor, das Mittel intern zu geben, und zwar wurde es so bei 29 Fällen ordinirt, darunter 18 Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, von denen zwölf vollständig geheilt, fünf gebessert wurden. Auch bei chron. Gelenk- und Muskelrheumatismen, bei Lumbago, Ischias u. dgl. wurden gute Resultate erzielt. Das Fieber wurde durch Glycosal fast regelmässig herabgesetzt, die Gelenkschwellungen gingen besonders in frischen Fällen rasch zurück, die Schmerzen wurden günstig beeinflusst. Manchmal wurden durch Glycosal Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerzen, Ohrensausen etc. erzeugt, nie aber Nierenreizung, nie der Magen belästigt. Man

giebt das Mittel Erwachsenen am besten in Oblaten (bei acutem Gelenkrheumatismus z. B. fünfmal täglich 2 g), Kindern in Mixtur unter Zusatz von Spir. vini und eines Syrups. Glycosal hat sich, in genügender Dosis, als brauchbares Salicylpräparat erwiesen; es entfaltet prompte Wirkung, ohne erhebliche Nebenwirkungen hervorzurufen. Das Mittel wird von E. Merck als „Glycerinsalicyl" oder „Glycosal" in den Handel gebracht. Unterdessen hat Zeigan Glycosal auch extern angewandt, Salicylreaction im Urin dabei nachgewiesen und schöne Erfolge erzielt. Nach dieser Mittheilung ist an der Möglichkeit der Resorption von alkoholischer Glycosallösung von der Haut aus nicht mehr zu zweifeln. Dass Ratz bei seinen Versuchen zu negativen Resultaten gelangt ist, kam wohl daher, dass er an der derben Haut der Streckseite der Oberschenkel experimentirte und dass er sich mit einmaliger Application begnügte. Nicht zu unterschätzen dürfte auch der therapeutische Effect des Alkoholverbandes als solcher sein. Ganz sicher wird man die Resorption des Glycosals erzielen, wenn man der alkoholischen Lösung (oder der Salbe) Chloroform oder Terpenthin zufügt. (Therap. Monatshefte, September 1903.)

— **Rheumasan** wandte Dr. F. Köbisch (Univers.-Poliklinik f. Nervenkranke in Breslau) hauptsächlich bei *chron. Erkrankungen* meist rheumatischen Ursprungs an, bei Polyarthritis, Ischias, Lumbago, Omarthritis, ausserdem bei drei Fällen von Tabes, zwei von Gicht, einem von traumatischer Neuritis und einem von alkoholischer Polyneuritis. Unter den 30 Fällen versagte das Mittel nur viermal: Bei einem Fall von Tabes mit lancinirenden Schmerzen, einem Fall von Trigeminusneuralgie, einem Fall von Arthritis eines Ellenbogengelenkes, die bereits über 10 Jahre bestand, und einem Fall von alter Hemiplegie mit Schmerzen. In den übrigen Fällen war die Wirkung des ein- bis zweimal täglich eingeriebenen Rheumasans eine prompte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 38)

— **Erfahrungen mit Mesotan** veröffentlicht Dr. H. Kayser (Medic. Klinik Strassburg), besonders merkwürdige Hauterscheinungen berücksichtigend, die er bei Application des Mittels erlebte. Er liess den erkrankten Körpertheil mit einen Theelöffel voll des Gemisches Mesotan., Ol. Olivar, āā, zwei bis dreimal am Tage einreiben. Musste dies über eine Woche fortgesetzt werden, so gehörten allgemeine urticariaartige Hautausschläge zu den Alltäglichkeiten, be-

sonders bei Frauen. Manchmal waren die Folgen aber gar nicht so harmlos. Autor schildert drei Fälle von allgemeiner *bullöser Dermatitis*, welche das Mesotangemisch hervorbrachte. Er räth deshalb, letzteres lediglich aufzupinseln, und zwar zweimal täglich einen Theelöffel (darauf Verband mit nicht entfetteter Watte); man wechselt die Applicationsstelle und hält sich dabei nahe dem befallenen Körpertheil. Viel weiter als über eine Woche dehne man die Application, namentlich bei Frauen und Kindern, nicht aus und lasse jedenfalls beim ersten Auftreten von dauernder Hautröthe und -Schwellung das Mittel weg. Denn ist es einmal bis zur Blasenbildung gekommen, so besteht die Ueberempfindlichkeit der ganzen Körperhaut für Mesotan in der Regel monatelang fort. Es kann eine allgemeine bullöse Dermatitis recht lästig werden. Vor dem Hausgebrauch des Mesotans ohne ärztliche Aufsicht ist zu warnen. Autor schliesst: „Bei acuten und subacuten Rheumatosen der Gelenke, Muskeln oder Nerven wird man nach unserer Erfahrung oft gute und rasche Heilerfolge sehen; in anderen Fällen ist die rein schmerzstillende Wirkung des Mesotan wohl zu schätzen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 38.)

**Synovitis.** Ueber einen Fall von **Hydrops intermittens** berichtet Dr. Wiesinger (Allgem. Krankenhaus Hamburg-St. Georg). Ueber das Wesen dieser Krankheit herrscht noch grosse Unklarheit. In dem neuesten Handbuch der Chirurgie von v. Bergmann-Bruns-v. Mikulicz heisst es: „Der Hydrops intermittens ist eine seltene, noch wenig gekannte, ihrem Wesen nach unaufgeklärte Form exsudativer S. Die örtliche Therapie leistet gegen die Wiederkehr der Anfälle so gut wie gar nichts, man ist wesentlich auf Allgemeinbehandlung angewiesen.“ Im obigen Falle handelt es sich um einen 40jähr. Kaufmann, der seit 5 Jahren alle 10 Tage an Anschwellungen des linken Kniegelenks leidet, das in den Zwischenzeiten ganz gesund sei, ihm Treppensteigen und die weitesten Wege ohne Beschwerden zu gehen gestatte. Die Anfälle erfolgten in so bestimmten Zwischenräumen, dass es ihm möglich sei, schon immer im Voraus den Tag zu bestimmen, an welchem dieses Ereigniss eintrete, ohne dass sein Verhalten darauf irgendwelchen Einfluss habe. Das linke Knie schwölle dann an, werde heiss, und es stellten sich erhebliche Schmerzen in demselben ein, die beim Liegen schlimmer, beim Umhergehen eher besser würden. Besonders Nachts seien die

Beschwerden unerträglich. Dieser Zustand dauere jedesmal nur einen Tag. Schon nach 10—12 Stunden beginne er langsam sich zu bessern, nach einem Tage sei das Knie wieder abgeschwollen und völlig beschwerdefrei. Als aetiologisches Moment liess sich bei dem sonst ganz gesunden Manne weder Rheumatismus noch Trauma nachweisen; auch Nervenstörungen fehlten. Vor 16 Jahren hatte Pat. eine uncomplicirte Gonorrhoe überstanden. Die Untersuchung während des Anfalls zeigte das Knie prall gefüllt, eine Umfangszunahme von 3—4 cm. Die Haut fühlte sich etwas wärmer an, war nicht geröthet, auf Druck ziemlich schmerzhaft, die Bewegungen im Gelenk erheblich beschränkt, Gehen steif. Pat. hatte gegen sein Leiden schon Chinin, Arsen, Jodkali, Einreibungen angewandt, alles ohne Erfolg. Autor schlug ihm *Punction des Gelenkes mit nachfolgender Jodoforminjection* vor, und auf diese locale Therapie ging Pat. sofort ein, indem er mittheilte, dass früher derselbe Zustand an beiden Knien bestanden habe; vor 8 Jahren sei deshalb eine Ausspülung des linken, vor 6 Jahren eine solche des rechten Gelenks vorgenommen worden, worauf am rechten alle Erscheinungen bis jetzt verschwunden seien, links auch die Anschwellung 3 Jahre fortgeblieben sei, dann aber ohne Ursache wiedergekommen und regelmässig eingetreten wäre bis auf 1/2 Jahr, wo sie von selbst Pause gemacht hätte. Die Injection wurde während des Anfalles ausgeführt. Es entleerte sich aus dem Gelenk klares gelbliches Serum; bakteriologische Untersuchung negativ. Einspritzung von 10 ccm Jodformglycerin. Mässige Reaction 6 Tage lang. Seitdem (bis jetzt 5 Monate) Anfälle weggeblieben, nie Beschwerden mehr. — Es sind bisher an 70 Fälle dieser Affection beschrieben worden. Rheumatische Leiden spielten dabei aetiologisch die grösste Rolle, dann folgt das Trauma und in einer Minderzahl Infection im Puerperium, Gonorrhoe, Tuberculose. Die auffallende regelmässige Wiederkehr der Anfälle liesse zunächst an vasomotorisch-trophische Nerveneinflüsse denken. Aber die Wirkung localer Maassnahmen spricht andererseits dafür, dass in der Hauptsache eine locale Erkrankung vorliegt, und der Umstand, dass so gut wie nie ein anderes Gelenk als das Knie ergriffen wird, unterstützt diese Anschauung. In obigem Falle ist, wenn man nicht die jahrelang vorhergegangene Gonorrhoe als Ursache anschuldigen will, kein aetiologisches Moment nachweisbar gewesen, und doch hatte locale Therapie allein das unmittelbare Aufhören der Anfälle zur Folge, wie vorher auch Auswaschen

des Gelenks sich als wirksam erwiesen hatte, während innere Mittel versagten. Das spricht wohl zu Gunsten der localen Therapie. Jodoform empfiehlt sich deswegen zur Injection, weil bei der langsamen Resorption des Mittels eine langdauernde Einwirkung zu erwarten ist. Autor sieht also das Leiden im Wesentlichen als örtliches Leiden an, nicht zwar als selbstständige Krankheit, sondern als Symptom verschiedener Krankheitszustände. Der Uebergang des intermittirenden Hydrops in chronischen, der gelegentlich beobachtet ist, ebenso wie die Entstehung desselben aus Hydrops des Gelenkes lässt es wahrscheinlich erscheinen, dass das Leiden eine eigenthümliche Form der S. ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

**Typhus.** Einen Fall von **Strumitis posttyphosa** sah Dr. K. A. Krause (Augusta-Hospital Köln). Die Vereiterung der bestehenden Struma begann sich am 17. Tage des T. nach aussen bemerkbar zu machen. Die Untersuchung des Eiters ergab Typhusbacillen in Reincultur. Es wurde an Stelle der sonst üblichen ausgiebigen Incision hier nur eine kleine Eröffnung vorgenommen, weil es sich nicht um eine Mischinfection oder eine durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufene Eiterung handelte. In der That zeigte die glatte Heilung der ziemlich grossen Abscesshöhle, dass die kleine Incisionsöffnung vollständig ausgereicht hatte. Bemerkenswerth im Verlaufe des Falles war noch vorher gewesen das Auftreten der heftigen Entzündungserscheinungen während des lytischen Abfalls des Fiebers, ohne dass die Temperaturcurve dadurch ein sichtbares Abweichen von ihrem normalen Verlauf zeigte. Bei den 7 bisher veröffentlichten Fällen von posttyphöser Strumavereiterung, bei denen aus dem Eiter Typhusbacillen in Reincultur gezüchtet wurden, trat jedesmal Temperatursteigerung auf. Vielleicht ist dies hinsichtlich des Fiebers reactionslose Auftreten hier so zu erklären, dass eine gewisse Immunisirung des Organismus gegen den Typhusbacillus und seine Toxine sich etablirt hatte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 33.)

— **2 Fälle von Psychosen bei Abdominaltyphus** schildert Foà. Verwechselungen von Fällen von Psychosen, welche auf einer Infection mit dem Eberth'schen Bacillus beruhen, mit Geisteskrankheiten anderer Art sind gar nicht so selten. Ambulatorische und abnorme Formen von T. können infolge von Zurücktreten des Fiebers, der Darmerscheinungen

und des Vorwiegens von Delirien mit dem Charakter schwerer melancholischer Störungen, absoluter Nahrungsverweigerung, Neigung zu Suicidium etc. ein solches Gepräge annehmen, dass die Differentialdiagnose schwer wird. Verschiedene Autoren, darunter Kraepelin, haben derartige Beobachtungen publicirt. Auch Autor führt 2 Fälle an: ein Schulkind von 9 Jahren und einen 26jähr. Mann. In beiden Fällen stellte die Widal'sche Reaction, die hier besonders differentialdiagnostischen Werth hat, die Diagnose sicher.

(Rif. med. 1903 No. 18. — Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

— Ueber **neuere Methoden der Typhusdiagnostik** spricht Prof. Curschmann. Nachdem die Gruber-Widal'sche Reaction nicht alle Erwartungen erfüllt und sich namentlich gezeigt habe, dass sie selten vor Ende der 1. oder 2. Woche positiv ausfalle, habe man sich der directen Untersuchung des Blutes zugewandt. Der günstigen Ergebnisse des den Roseolen entnommenen Blutes und Gewebssaftes habe er schon früher Erwähnung gethan. Der neuerdings wieder warm empfohlenen Untersuchung des der Milz durch Probepunction entnommenen Blutes könne er das Wort nicht reden; das Verfahren ist, besonders in der Privatpraxis, nicht leicht ausführbar und durchaus nicht gefahrlos. Vielversprechend sei dagegen die *Untersuchung des kreisenden Blutes auf Typhusbacillen.* Man habe letztere schon ehemals darin eifrig gesucht, aber nicht gefunden, eine Folge der fehlerhaften Methode. Man habe nämlich entweder das Blut nur direct mikroskopisch untersucht oder zu Züchtungen der Bacillen aus ihm viel zu kleine Mengen Blut (der Fingerkuppe oder dem Ohrläppchen) entnommen. Die zuerst von Schottmüller angegebene Methode, mittelst einer Luer'schen Spritze einer grösseren Vene eine grössere Menge zu entnehmen und das Blut mit bedeutenderen Quantitäten Nährböden zu verarbeiten, habe zu überraschenden Ergebnissen geführt, nämlich in 80—90% der zahlreichen untersuchten Fälle den Eberthbacillus aus dem Blute, oft schon in sehr frühen Stadien der Krankheit, züchten lassen. Auch Autor habe bei 21 hintereinander neuerdings so untersuchten Fällen nur 3mal die Bacillen vermisst. Oft habe er sie schon früh entdeckt, so einmal am Beginn des 3. Krankheitstages, 8mal vor dem 9. Tage. Er glaubt also diese Methode als die einfachste und zuverlässigste zur Frühdiagnose des T. erklären zu sollen. Leider scheine sie aber für die Erkenntniss leichterer Fälle

nicht ebenso verwerthbar zu sein, wie für schwere und mittelschwere. Bei letzteren seien vom Anfang der Krankheit an und während der ganzen Fieberzeit die Bacillen im Blute nachweisbar. Er habe sie in einem schweren Falle noch am 25. Fiebertage und einmal auch während eines Recidivs beobachtet. Dabei ist die Methode jedem Praktiker leicht zugänglich; er brauche nur dem Pat. das Blut zu entnehmen, das dann ein Sachverständiger bakteriologisch untersucht. In der letzten Zeit hat Autor auch bei *septischen Processen* Blutuntersuchungen ausgeführt. Auch hier seien viele frühere Misserfolge wohl darauf zurückzuführen, dass man mit viel zu geringen Mengen Blut gearbeitet habe. Bei Verwendung von 15—20 g Blut und grösseren Mengen Agar hätten sich jetzt bei 5 hintereinander aufgenommenen Fällen von *Puerperalfieber* geradezu massenhaft Streptokokken züchten lassen. Er glaubt, vermuthen zu dürfen, dass nach dieser Methode in der Mehrzahl der Fälle von Streptokokkensepsis die Diagnose sich früh werde praecisiren lassen. Auch in einem Falle von kryptogenetischer Sepsis hätten sich grosse Mengen Streptokokken züchten lassen. In einem Puerperalfieberfalle mit sehr unregelmässigem Fieberverlaufe seien in den ersten Tagen während der Stunden mit niedriger Temperatur Streptokokken vermisst, aber unmittelbar nach 2 von sehr hohem Fieber gefolgten Schüttelfrösten äusserst zahlreich aus dem Blute gezüchtet worden. Autor glaubt unter den mancherlei Aussichten, die das Verfahren in diagnostischer Hinsicht eröffne, seine voraussichtliche Bedeutung für die oft so ungemein schwierige Unterscheidung der sogen. kryptogenetischen Pyaemie vom T. noch besonders hervorheben zu sollen.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 7. VIII. 1903. — Münchn. med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

**Vitia cordis.** **Theocin** wurde auch, wie R. Petretto mittheilt, im Spital der barmherzigen Brüder in Graz angewendet, und zwar hauptsächlich bei Hydrops und Oedemen in Folge von V. und *Lebercirrhose.* Mit 0,3 g dreimal täglich (in Pulverform) wurde eine Diurese von über 2 L. pro die erzielt, einmal von je 6 und 9 L. Die Dosen übten keinen Einfluss aus auf Herzthätigkeit, Pulsfrequenz und Blutdruck; auch die Albuminurie wurde nicht gesteigert. Ausser in einigen Fällen Brechreiz oder Kopfschmerzen wurden keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet. Bei längerem Gebrauche des Mittels nahm gewöhnlich die Diurese ab, und bei Aussetzen desselben

erlosch meist die Wirkung schon binnen 24 Stunden. Doch ist die Wirkung in den ersten Tagen der Darreichung eine derartige, dass bis zur Abnahme der Diurese die Oedeme meist schon geschwunden sind. Die unangenehmen Nebenerscheinungen treten meist auch erst dann ein, wenn die Wirkung bereits im Abnehmen begriffen ist. Ein einziges Mal setzten schon nach der ersten, sogar sehr geringen Tagesdosis (0,4 g) so heftige Kopfschmerzen ein, dass man das Mittel aussetzen musste; aber auch hier war der Effect schon ein unzweifelhafter, da bereits starke Diurese (6 L.) erzielt war und die Oedeme verschwanden. Ein grosser Vorzug des Mittels ist dies prompte Einsetzen der Wirkung schon am ersten Tage, wodurch es möglich wird, den Pat. in einer so kurzen Zeit, wie wohl mit keinem anderen Diureticum, wesentliche Erleichterung zu schaffen. (Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 16.)

— Ueber die **therapeutische Verwendung von Chlorbaryum** berichtet Dr. v. Tabora (Medicin. Klinik Giessen). Schon Schedel hat vor einiger Zeit die eclatante Wirkung dieses Mittels speciell bei Herzinsufficienz gerühmt, die sich selbst da zeigte, wo Digitalis versagt hatte. Wenn nun auch nach Tabora's Erfahrungen das Mittel nicht gerade so hohen Heilwerth besitzt, wie Digitalis, geschweige denn dieser überlegen ist, so bildet es doch eine recht schätzenswerthe Bereicherung unseres Arzneischatzes. Es wurde in 36 Fällen angewandt (darunter 10 Herzklappenfehler, 4 Myocarditis, 2 Nephritis, 6 acuten fieberhaften Infectionskrankheiten), und zwar zu 0,1—0,15 g pro die (in Pulvern à 0,02—0,05), und wurde stets gut vertragen. Stets zeigte sich deutliche Steigerung des arteriellen Druckes, um so erheblichere, je niedriger der ursprüngliche Blutdruckwerth war. Diese Wirkung trat im Mittel nach drei bis fünf Stunden ein und erreichte das Maximum durchschnittlich nach 24 Stunden, seltener erst am zweiten oder dritten Tage; sie hielt sich auf der Höhe zwei bis drei Tage, um dann allmählich abzusinken. Die Spannung des Pulses nahm zu, auch um so mehr, je geringer die ursprüngliche war; erhöhte Frequenz wurde regelmässig herabgesetzt, jedoch nur in mässigen Grenzen; weniger ausgesprochen war der Einfluss auf bestehende Arythmieen. Die Diurese erfuhr in einem Theile der Fälle eine sehr ausgesprochene Steigerung, die im anderen Falle wieder ganz fehlte. Von sonstigen Erscheinungen der Herzinsufficienz sah Autor namentlich geringere Grade von cardialer Dyspnoe und

von Oedemen verschwinden; bei stärkeren Hydropsieen und sonstigen hochgradigen Stauungserscheinungen liess das Mittel im Stich. Im Ganzen wurde das Chlorbaryum mit gutem Erfolge in allen Fällen von Herzinsufficienz geringeren Grades, gleichgültig ob durch Myocarditis oder gestörte Compensation eines Klappenfehlers bedingt, angewendet. Für diese Kategorie von Fällen scheint es gegenüber den anderen Herzmitteln den Vortheil der rascher eintretenden und schonenderen Wirkung zu haben, eine Wirkung, die, weil sie wohl am Herzen selbst angreift, die Reservekraft desselben nicht aufs äusserste ausnützt; dementsprechend konnte der Effect durch eigentliche Herzstimulantien jeder Zeit noch gesteigert werden. Bei allen schwereren Kreislaufstörungen kann es aber einen Vergleich mit Digitalis keineswegs aushalten. Direct nachtheilig schien es zu wirken da, wo bei erheblicher Herzschwäche der Blutdruck von vornherein pathologisch gesteigert war, so bei chron. interstitieller Nephritis mit erlahmender Herzkraft. Unangenehme Nebenwirkungen machten sich nie bemerkbar. Bei der Wirkung des Mittels muss als das Primäre die Contraction der Gefässe angesehen werden, die den Blutdruck steigert und durch den so gegebenen Vagusreiz verlangsamend auf die Herzthätigkeit wirkt. Die pathologisch gesteigerte automatische Reizbarkeit des Herzmuskels wird gedämpft, Extrareize kommen weniger leicht zur Wirkung. Freilich bedingt solch eine primäre Blutdrucksteigerung auch eine erhöhte Arbeitsleistung des Herzens, die man einem in erheblicherem Grade geschwächten Herzmuskel nicht zumuthen kann. *Deshalb findet Chlorbaryum nur bei leichteren Herzinsufficienzen rationelle Anwendung, und zwar namentlich bei jenen Compensationsstörungen, die mit Sinken des arteriellen Druckes einhergehen;* in diesen Fällen beugt es wirksam den Gefahren der Blutdrucksenkung vor. Daher versagt es bei erheblicherer Herzschwäche, wirkt es direct ungünstig ein bei a priori hohem, arteriellem Druck, z. B. bei complicirender Nephritis. Es war anzunehmen, dass es mehr noch als bei Herzkrankheiten sich auf einem anderen Gebiete nützlich erweisen müsste: bei Infectionskrankheiten, in denen die Kreislaufsschwäche nicht durch primäre Herzschädigung, sondern durch centrale Vasomotorenlähmung bedingt ist. Es wurde also das Mittel bei vier Fällen von croupöser *Pneumonie* angewendet, und wirklich eine unverkennbar günstige Wirkung auf Blutdruck und Puls und damit indirect auf den Krankheitsverlauf gesehen. Um

sichere Schlüsse zu ziehen, ist hier aber die Zahl der Beobachtungen noch zu klein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 39.)

---

# Vermischtes.

— Ueber **eine Modification der Spiritusbehandlung** berichtet Dr. Beschoren (Prenzlau). Die von Salzwedel inaugurirte Spiritusbehandlung von entzündlichen Processen *(Lymphangitis, Panaritium, Phlegmone)* ist dem Praktiker fast unentbehrlich geworden. Freilich kann sie nicht in jedem Falle die Incision ersetzen, aber sie beschleunigt, wenn es eben nicht zu einem Zurückgehen der Entzündung kommt, die Bildung eines oberflächlichen Abscesses und erleichtert so wesentlich den operativen Eingriff. In vielen Fällen aber, insbesondere bei einfacher Lymphangitis, Erysipeloid der Finger, kann man schon nach dem ersten Verbandwechsel (nach 24 Stunden) einen nahezu völligen Rückgang aller entzündlichen Erscheinungen beobachten. Autor hat nun aber eine Modification des Verfahrens gemacht. Nach Salzwedel kommt auf den locus morbi zunächst eine mit reinem Spiritus getränkte Gazelage, dann eine Schicht trockener Watte, das Ganze bedeckt mit perforirtem, undurchlässigem Stoff und mit Binden fixirt. Die spiritusdurchtränkte Gaze bewirkt nun öfters heftige Schmerzen, namentlich dann, wenn auf der Haut schon Defecte oder Geschwüre vorhanden sind. Autor nimmt als Verbandflüssigkeit eine Quantität 1%iger essigsaure Thonerdelösung und fügt hierzu das gleiche Quantum absoluten Alkohols. Durch die Vermischung beider Flüssigkeiten tritt eine bedeutende Erwärmung der Mischflüssigkeit ein. Hat z. B. jede der Componenten eine Temp. von 10° R., so steigt beim Vermischen die Temp. bis 15°. Es werden nun die Gazecompressen damit getränkt, die Gegend bis über die Endzündungszeichen hinaus bedeckt, darüber Guttaperchapapier, dann Watte und Binden. Schmerzen fehlen jetzt vollkommen, der Verband wird wohlthuend empfunden, und der Erfolg ist ebenso günstig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 28.)

— Ein **Sicherheitspessar mit Benützung des Schatz'schen Ringes** empfiehlt Dr. A. Rahn. Die glockenartige Schale ist eingeschraubt in den Ausschnitt des Schatz'schen Ringes und legt sich nach Einführen des letzteren vor den äussersten Muttermund, der damit abgeschlossen ist. Da der Schatz'sche Ring bequem einzuführen und einzustellen ist, da er von den Frauen gut tolerirt wird, so dürfte dieses Glockenocclusivpessar*), das Autor seit 8 Monaten mit befriedigenden Resultaten anwendet, sich rasch Eingang verschaffen und in geeigneten Fällen am Platze sein.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 5.)

— **Bromocoll** ist schon öfters für die dermatologische Praxis empfohlen worden, wo es speciell gegen das *Jucken* vorzügliche Dienste leistete. Neuerdings wies in einem Feriencurse wieder Dr. Max Joseph (Berlin) auf das Präparat hin, besonders auf das jetzt von der Fabrik (Actien-Gesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin) in den Handel gebrachte *Bromocoll. solubile*, das sich ihm bestens bei schweren Formen des *Pruritus*, des *Lichen ruber planus* und *Lichen simpl. chronic.*, bei *Prurigo mitis* und *Urticaria* bewährte. Noch zweckmässiger ist freilich folgende *Schüttelmixtur:*

Rp. Bromocoll. solubile 5,0—10,0—20,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0.

Der Vortheil dieser Medication besteht darin, dass ohne jeden Verband diese aufgepinselte Mixtur nach 10—15 Minuten eintrocknet und haften bleibt. Sie eignet sich auch noch besonders für subacute und chron. *Ekzeme*, wo die Epidermisregeneration noch nicht vollzogen ist und starkes Jucken die Pat. quält; bei noch stark entzündetem Ekzem ist sie contraindicirt. Bromocoll. solubile hat nun die Firma Beiersdorf & Co. zu sehr zweckmässigen Fabrikaten verarbeitet, z. B. zu *Ung. Caseini c. Bromocoll. solub.* (10%), die Autor speciell bei *Pruritus ani et vulvae* mit grossem Erfolg angewandt hat; die Salbe wird mit dem vorher mit Wasser angefeuchteten Finger dünn verrieben, solange sie feucht ist. Diese Salbe, sowie jene Schüttelmixtur wirkte auch sehr gut bei *Strophulus infantum* und bei *Urticaria* autotoxischen Ursprungs, wo man allerdings ausserdem

*) Alex. Schaedel, Leipzig.

stets noch als Darmantisepticum Menthol zu verordnen hat, dann aber oft überraschend schnelle Erfolge erlebt. *Bromocollpflastermull* und *Bromocoll-Trikoplast* (10 %) leisten vortreffliche Dienste bei circumscriptem *Lichen ruber verrucosus*, beim circumscripten *Lichen simpl. chron.* und beim stark juckenden, infiltrirten chron. *Ekzem.*

— Ueber **Todesursachen bei Neugeborenen während und gleich nach der Geburt mit Rücksicht auf ihre forensische Bedeutung** lässt sich M. Hofmeier (Univers.-Frauenklinik zu Würzburg) aus. In der letzten Zeit kamen in der Klinik einige Fälle von unerwartetem und zunächst unerklärten Tode bei scheinbar ganz gesunden und kräftig entwickelten Kindern gleich nach oder kurz vor der Geburt vor, Fälle, die deshalb von besonderem forensischem Interesse sind, weil sie von Anfang an unter ärztlicher Aufsicht verliefen und äussere Einflüsse gänzlich ausgeschlossen waren. Der *1. Fall* betraf ein ausgetragenes lebendes Kind, welches gleich nach der Geburt ohne sichtbaren Grund verstarb. Erst die mikroskopische Untersuchung gab einigen Aufschluss. Die Herzmuskulatur zeigte sich degenerativ verändert, körnig getrübt, Querstreifung nicht zu erkennen. In den Lungen zeigten sich zum Theil interstitielle, das Zwischengewebe zwischen den Alveolen ausfüllende und dasselbe verbreiternde Wucherungen des Bindegewebes, das Epithel der Alveolen desquamirt. Auch die Leberzellen zeigten zum Theil trübe Schwellung und in der Leber teilweise Bindegewebsentwickelung. Beim Fehlen jeder anderen Erklärung muss der Tod auf diese Verhältnisse zurückgeführt werden und wäre so zu erklären, dass Herz und Lunge trotz ihrer scheinbar ganz normalen Beschaffenheit nicht imstande waren, den Ansprüchen der extrauterinen Athmung zu genügen. Wo rührten aber diese Verhältnisse her? Für Lues lagen keinerlei Anhaltspunkte vor. Die Degeneration der Herzmuskulatur machte den Eindruck eines frischen, acut wirkenden Vorganges. Die Sache bleibt dunkel, klar und zu betonen ist nur, dass hier nur mikroskopisch nachweisbare Veränderungen an den inneren Organen, deren Ursache zweifelhaft bleiben muss, einigermassen eine Aufklärung für den unerwarteten Tod eines vollkommen normal scheinenden und kräftig entwickelten Kindes geben konnten. Im *2. Falle* wurde bei leichter Geburt ein normal gebildetes Kind geboren. Zur Erklärung eines derartigen Absterbens während der Geburt muss in erster Linie auf die histologische

Untersuchung der Placenta zurückgegangen werden. Man findet da nicht selten endoarteriitische und periarteriitische Processe, welche von weitgehendem Einfluss auf die Entwickelung der Frucht sein, grosse Störungen in der kindlichen Circulation hervorrufen können. Tritt nun bei einer derartigen Erkrankung mit ihren Störungen der fötalen Respiration die Geburt ein, welche gleichfalls den Gasaustausch zwischen Mutter und Kind in mannigfacher Weise beeinflusst, so kann es leicht kommen, dass auch bei ganz normaler Geburt ein am Anfang derselben frisches Kind unvermuthet abstirbt. Solche Placentaveränderungen waren auch hier vorhanden. Es folgt daraus für gerichtsärztliche Fälle, wie sehr oft die Untersuchung der Placenten wünschenswerth erscheint, da es ohne solche unmöglich ist, ein bestimmtes Urtheil zu formuliren. Im *3. Falle*, wo ebenfalls wahrscheinlich erst intra partum der Tod des Kindes erfolgte, ergab auch die Untersuchung der Placenta nichts Positives. Der Nachweis von Meconium in Trachea und Bronchien bewies, dass das Kind intrauterin inspirirt hatte; der Grund hiervon blieb unklar, da von einer etwaigen vorzeitigen Placentarlösung nichts zu bemerken war. Solche Fälle beweisen wieder, wie vorsichtig man in der Beurtheilung der Todesursachen bei der forensischen Begutachtung sein muss, will man nicht den Müttern bitter Unrecht thun. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

— **Chinosol als Zusatz zum Spülwasser bei Magenspülungen** empfiehlt als zweckmässigstes Mittel Dr. Pickardt (Berlin). Es ist leicht löslich in warmem Wasser, absolut ungiftig und desodorirt vorzüglich. Ein Glas mit 10 Tabletten (Originalpackg.) kostet 1 Mk. Am besten verwendet man sie so, dass man, nachdem man die Hauptmenge des Rückstandes — bei Stauungen — durch Spülen entfernt hat, zum letzten Spülwasser die Lösung einer Tablette in einigen Kubikcentimetern Wasser zusetzt, eingiesst, 1—2 Minuten die Lösung im Magen lässt und nur einen Theil ablaufen lässt, sodass ein Rest im Magen zurückbleibt.

(Die ärztliche Praxis 1903 No. 19.)

— Die **Zusammensetzung des Erlenmeyer'schen Bromwassers** wird von den verschiedenen Autoren ganz verschieden angegeben, weshalb sich Dr. Schwalbe direkt an Erlenmeyer wandte. Er erfuhr von diesem, dass jede Flasche 4 g Bromkalium, 4 g Bromnatrium und 2 g Bromammonium in 750 ccm natürlichen (enteiseneten) kohlensauren Wassers

von Rhens enthält. Dies zur Kenntniss für die Collegen, die ihren Pat. nicht lediglich „1 Weinglas Bromwasser", sondern eine genau berechnete Dosis des vortrefflichen Mittels verordnen möchten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 43.)

---

# Bücherschau.

— **Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts,** jenes von Leyden und Klemperer herausgegebene (bei Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin), hochbedeutende Werk, das wir schon wiederholt unseren Lesern wärmstens empfohlen haben, liegt jetzt uns von neuem in einer stattlichen Anzahl neuer Lieferungen (74—86, Preis jeder Lfg. M. 1,60) vor, welche wieder zeigen, wie dieses für den Praktiker bestimmte und ihm in Form von Vorlesungen alle Gebiete der Medicin vorführende Werk in vollendeter Weise seine Aufgaben erfüllt. Von den in den neuen Lieferungen zum Abdruck gelangten Arbeiten nennen wir hier nur: „Flecktyphus und Rückfalltyphus" von L. Lichtheim, „Sepsis" von v. Jürgensen, „Die Malariakrankheiten" von Löffler, „Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkt von Olshausen, „Ueber die Anzeigen für die Zangenoperation" von v. Winckel, „Immunität von Dönitz, „Der aphasische Symptomencomplex" von Wernicke, „Rückgratsverkrümmungen und ihre Behandlung" von Vulpius, „die tuberculöse Coxitis" von König, „Chirurgie der Lunge und Pleura" von Karewski, „Erkältung und Abhärtung" von Strasser, „Die thierischen Parasiten des Menschen" von Peiper. — In demselben Verlage beginnt zu erscheinen ein **Lexikon der Physikalischen Therapie, Diaetetik und Krankenpflege,** unter Mitwirkung bedeutender Autoritäten herausgegeben von Dr. A. Bum. Von den drei Abtheilungen, die das Werk umfassen soll, ist die erste erschienen (Preis: M. 6), und sie geht bis zum Stichwort „Herzgymnastik". Schon jetzt kann man urtheilen, dass dies Lexikon, welches dem Zwecke gewidmet ist, den prakt. Arzt in die vielgestaltige Methodik der nichtmedicamentösen Therapie einzuführen und ihm als Nachschlagebuch zu dienen auf den genannten Gebieten, deren hohe Bedeutung wohl heutzutage kein Arzt mehr

verkennt, seiner Aufgabe durchaus gerecht werden wird. In kurzen, präcisen Artikeln werden alle Themata in alphabetischer Reihenfolge von berufenen Federn erörtert und sehr vieles in vortrefflichen Abbildungen dem Auge näher gebracht. Von den Bearbeitern seien hier nur Bum, Strasser, Kisch, Mendelsohn, Buxbaum, Eulenburg, Glax namhaft gemacht. Wir werden auf das Werk, das dem prakt. Arzte wirklich sehr gute Dienste leisten wird, noch zurückkommen.

— Nachdem von dem von Lorenz herausgegebenen **„Prakt. Führer durch die gesammte Medicin“** (Konegen's Verlag in Leipzig) die Lieferungen 9—13 erschienen, liegt nunmehr das ganze Werk complet vor, und man kann sagen, dass der Autor das, was er zu geben versprochen, dem praktischen Arzte wirklich gegeben hat: ein Nachschlagebuch, in allen Fragen, besonders der Diagnose und Therapie, zuverlässig und rasch und sicher Antwort ertheilend. Der Verfasser hat es vortrefflich verstanden, mit aller Kürze doch klar und sicher jedes einzelne Krankheitsbild zu skizziren, die Aetiologie und Diagnose anzugeben, alle bewährten therapeutischen Maassnahmen zu fixiren. Nur die Knappheit der Ausdrucksweise ermöglichte es, das ganze Gebiet der Medicin — wir finden auch die Geburtshülfe und Gynaekologie, die Chirurgie, die Otologie, Ophthalmologie etc. in dem Werke vertreten — auf einem relativ geringen Raum so zu behandeln, dass nichts irgendwie Wichtiges und Wissenswerthes vermisst wird. Der Stoff ist so geordnet, dass jeder Körpertheil gesondert besprochen wird, alles Pathologische, was an ihm irgendwie vorkommt, in dem betreffenden Abschnitt Berücksichtigung findet, eine Anordnung, die rasche Orientirung sehr erleichtert. Der Praktiker wird dem Autor für dies Werk gewiss Dank wissen, und auch der Studirende dürfte kaum ein besseres Repetitorium für alle Zweige der Medicin finden.

— In einem kleinen Werke (Verlag von R. Schötz, Berlin. Preis: 2 M.) **Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses** sucht der bekannte Krebsforscher Medicinalrath Dr. Behla nachzuweisen, dass das Carcinom pflanzenparasitären Ursprungs ist, dass der Keim vorzüglich sich an gewisse Bodenverhältnisse hält, hier gehäuft vorkommt, und in solcher Gegend zu gehäuftem Auftreten von Krebs Veranlassung giebt, indem die meisten Fälle durch Infection durch Erde, Wasser, rohe Gemüse u. dgl. zustande kom-

men. Autor giebt in beredten Worten, denen man es anmerkt, dass sie einem Herzensbedürfniss entspringen, Directiven für die Prophylaxis des Krebses, wie sie sich aufbaut auf dem Boden seiner Lehre, und stempelt so seine Schrift auch zu einer ins praktische Leben tief eingreifenden. Das Buch ist mit 4 Tafeln versehen; auch die sonstige Ausstattung ist splendid.

— Hofrath Dr. Crämer giebt (J. F. Lehmann's Verlag, München) seine *Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten*, wie er sie in den ärztlichen Fortbildungskursen gehalten, einzeln heraus und ist bereits das 1. Heft (Preis 3 M.) erschienen, behandelnd die **Magenerweiterung.** Die acht Vorlesungen, aus denen das Buch besteht, bilden das Ergebniss einer langjährigen praktischen Thätigkeit auf dem Gebiete der Magenkrankheiten und streben hauptsächlich an, dem praktischen Arzte die Diagnose zu erleichtern und ihm ein Führer auf den Wegen der Therapie zu sein. Diesen Zielen wird das Buch auch in vollstem Maasse gerecht, der Praktiker wird diese Vorlesungen mit vielem Nutzen lesen. Als Anhang berichtet Dr. Krecke über die *Chirurgische Behandlung bei Magenerweiterung*, und auch dies Capitel, das uns in grossen Zügen alles Wissenswerthe vorführt, ist durchaus des Lesens werth.

— Wie alljährlich um diese Zeit, so ist auch diesmal wieder eine Anzahl **Medicinal-Kalender** uns zugegangen, lauter alte, in den Kreisen der Collegen bereits bekannte und beliebte Büchlein, von denen jedes seinen bestimmten Abnehmerkreis hat, der diesen oder jenen Vorzug an denselben besonders zu schätzen weiss. Wir wollen daher nicht besondere Empfehlungen geben, sondern nur gewisse Veränderungen resp. Verbesserungen der diesmaligen Jahrgänge erwähnen. Börner's *Reichs-Medicinal-Kalender*, herausgegeben von Prof. Schwalbe (Leipzig, H. Thieme) ist einer der beliebtesten und erfreut sich weitester Verbreitung. Auch dieses Jahr wird er wieder in seiner zweckmässigen Anordnung und mit seinem reichen Inhalt, der noch zwei besondere „Beihefte“ ausfüllt, den Collegen die besten Dienste leisten. Lorenz' *Taschenkalender*, herausgegeben von Dr. P. Rosenberg (Berlin W., S. Rosenbaum) bringt in seinem 17. Jahrgang ausser den früheren neue Beiträge mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des prakt. Arztes, so „Abortivbehandlung der Gonorrhoe“ von A. Blaschke und „Ohrenkrankheiten“

von J. Herzfeld. Der von der Redaktion der „Allgem. medic. Central-Zeitung" herausgegebene *Medicinal-Kalender* (Berlin, W. O. Coblentz), der auch schon zum 11. Male erscheint, bringt als Neuheiten eine monographische Darstellung der Diätotherapie, eine compendiöse Uebersicht einiger Neuerscheinungen aus dem Gesammtgebiet der prakt. Medicin, einschliesslich der Instrumentenkunde und manches Andere. Das *Aerzt. Jahrbuch*, herausgegeben von v. Grolman (J. Alt, Frankfurt a. M.) hat, obwohl erst im 5. Jahrgang stehend, doch ebenfalls schon weite Verbreitung gefunden. Wir finden in ihm auch dies Jahr wieder einige Nova, die willkommen sein werden, so kritische Sammelreferate über wichtige in den letzten Jahren erörterte Themata (neue Narkosemethoden, Paraffinplastik. Dioninbehandlung des Auges etc.) und andere interessante Abhandlungen.

— Die bekannten Abel'schen „*Medicin. Lehrbücher*" (Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig) sind wieder um einen neuen Band vermehrt worden, durch das kurze Lehrbuch von Dr. M. Fuhrmann **„Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten"** (Preis gebd. Mk. 5,75). Gleich seinen Vorgängern hat auch dies Buch der Sammlung den Hauptzweck, den Praktikern zu dienen, und dieser Hauptzweck ist auch von dem Verfasser in bester Weise berücksichtigt worden. Unter Beiseitelassen alles Theoretischen geht derselbe gleich immer medias in res und beschreibt, äusserst exact und klar in seinen Darstellungen, alle Krankheitsbilder so, dass man sie wirklich von Grund auf kennen und von ähnlichen unterscheiden lernt. Der Autor geht in lobenswerther Weise auf die häufigsten und wichtigsten Affectionen besonders genau ein, minder wichtige bespricht er nur, soweit es durchaus erforderlich ist. Auch der allgemeine Theil, in dem Autor uns über Anamnese, Beobachtung, Untersuchung, Prognose u. s. w. Belehrungen giebt, ist vortrefflich abgefasst und durchaus geeignet, den prakt. Arzt in die Psychiatrie einzuführen, und ihm zu zeigen, worauf es ankommt. Wir können demselben daher dies kurze Lehrbuch aufs wärmste empfehlen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 4.

Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Januar XIII. Jahrgang 1904.



**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** **Lygosin-Chinin** *(Chinin. lygosinat.)*, ein äusserst feines, geruchloses Antisepticum, hat Oberarzt Dr. J. v. Török (Kolozscár) mit ausgezeichnetem Erfolg (als Streupulver und 20—30 %ige Gaze) bei frischen und älteren Wunden, bei Phlegmonen, bei Ulcus cruris angewandt, auch lobt er die prompte styptische Wirkung des Präparates, die sich bei parenchymatösen Blutungen in kräftiger Weise äusserte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 44.)

— Den **Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea", insbesondere bei Keuchhusten** beleuchtet Dr. Sembritzki (Königsberg i. Pr.). Diese *kleine* Formalinlampe (hergestellt von der Chem. Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering, Berlin N., Preis: Mk. 3) ist für den Arzt und jedes Privathaus ungemein nützlich. Ersterem dient sie z. B. in ausgezeichneter

Weise zur Desinfection des Warte- und Sprechzimmers, wenn Masern-, Scharlach-, Diptheriekranke darin verweilt haben; ein paar vergaste Formalinpastillen (100 Stück M. 2) beseitigen die Gefahr, indem sie die Krankheitskeime sofort in ihrer Entwickelung hemmen, ausserdem entfernen sie, da sie stark desodorisirend wirken, jeden üblen Geruch aus solchen Zimmern und reinigen die Luft. Die Lampe ist daher auch für Kranken-, Schlaf- und Kinderzimmer unentbehrlich. Die Lampe kann nicht explodiren, ist ganz ungefährlich, kann bei kleingestellter Flamme ruhig sich selbst überlassen, ja einfach in den Kleiderschrank gestellt werden, wenn man die Kleider desinficiren will. Bei kleingestellter Flamme und Benützung nur weniger Pastillen entwickeln sich die Dämpfe auch so allmählich, dass sie die Schleimhäute fast gar nicht belästigen; ja man kann im Schlafzimmer, wenn man während der Nacht eine Pastille vergasen läst, ungestört schlafen. Bei Erkrankungen der Athmungsorgane (Schnupfen, Influenza, Bronchitis, Phthise), wo die Pat. möglichst reine Luft athmen sollen, erweist sich sogar die Lampe als sehr nützlich. Glänzend bewährte sie sich bei Keuchhusten, wenn man sie bei kleingestellter Flamme dauernd mit 2—3 Pastillen (Nachts mit einer) gefüllt im Zimmer, wo sich der Pat. aufhält, stehen lässt, event. wenn sich später die Dämpfe doch bemerkbar machen, im Nebenzimmer. (Therap. Monatshefte 1903 No. 11.)

— Die Kunst der **Asepsis des Katheterismus** beruht darauf, die Katheter aseptisch zu machen, sie aseptisch zu erhalten und sie aseptisch in die Blase zu bringen. In Bezug auf diese drei Punkte giebt L. Casper (Berlin) auf Grund seiner Erfahrungen bemerkenswerthe Vorschriften. Katheter jeglicher Art können durch kochendes Wasser sterilisirt werden, nur mit dem Unterschiede, dass alle weichen Instrumente 5 Minuten in einer übersättigten Lösung von Ammonium sulfuric. gekocht werden müssen, *Metallinstrumente aber besser in reinem Wasser.* Für die weichen Katheter benützt Autor diese Methode nur, wenn rasche Sterilisation nöthig ist; ist Zeit vorhanden, dann wickelt er lieber die Instrumente gesondert in Tupfer oder Leinentücher und legt sie 2 Stunden in den Dampftopf. Die Flächen der einzelnen Katheter oder die desselben Katheters dürfen sich dabei nicht berühren, sonst werden sie klebrig; jeder muss also gesondert von Tupfer oder Tuch umgeben sein. Dann bleiben die Katheter gut erhalten, weder ihr Aussehen noch ihre Consistenz ist verändert, während sie bei wiederholtem

Kochen in der Ammoniumlösung weich und unansehnlich werden. Autor kocht also Metallkatheter stets, weiche nur im Hause des Pat. oder wo rasche Sterilisirung nöthig ist. Für Krankenhaus und Klinik empfiehlt sich der Dampftopf; durch beide Methoden — zweistündiges Verbleiben im Dampftopf oder 5 Minuten langes Kochen — werden die Instrumente völlig steril. Auch um sie steril zu erhalten, ist die Methode im Dampftopf dem Kochen vorzuziehen, denn in den Tüchern bleiben sie bis zum Gebrauch steril, die in Ammoniumlösung gekochten aber muss man zum Aufheben in Kästen legen, da sie in der Lösung sehr weich und rauh werden. Muss der Pat. sich selbst katheterisiren, dann legt er den Katheter nach dem Gebrauch und nachdem er ihn unter der Wasserleitung tüchtig abgespült hat, am besten in Sublimat (1:1000), und zwar wagerecht, damit die Lösung auch das Innere ausfüllt. Im Katheterkasten (am besten Email) verbleibt er 24 Stunden und wird dann in einen sterilen Tupfer oder in ein frisch gewaschenes Taschentuch eingerollt. Reichere Pat. können auch ihre Katheter im Kasten in Ammoniumlösung vor jedem Gebrauch kochen und sie darin belassen, nur werden die Instrumente so recht bald ruinirt. Bei der Einführung in die Blase eignen sich Oele, Vaseline, Glycerin nicht zur Einfettung. Am zweckmässigsten ist als Gleitstoff folgende Composition, die unter dem Namen „Dr. Melzer's Katheterpurin in Zinntuben zu haben ist:

Tragac. 3,0
Aq. dest. 100,0
Glycerin. puriss. 20,0
Hydrarg. oxycyan. 0,246

Diese Gleitmasse ist, an der Luft aufgehoben, noch nach acht Tagen steril, sodass also Katheter und Sonden, die damit eingeschmiert werden, durch das Einschmieren an ihrer Sterilität keine Einbusse erleiden. Ja die Masse ist sogar imstande, wenn irgendwo inficirende Keime auf dem Wege bis zur Blase dazutreten sollten, diese Keime unschädlich zu machen, indem sie ihre Virulenz zum Theil gänzlich vernichtet, zum Theil wenigstens ihre Entwickelungsfähigkeit sehr beeinträchtigt. Sie reizt ferner die Harnröhre nicht, macht die Instrumente sehr schlüpfrig, ist in Wasser leicht löslich, sodass die Instrumente später beim Abwaschen sofort den Ueberzug wieder verlieren, und kann bequem in Tuben mitgeführt werden. Die Urethra selbst können wir leider nicht steril machen. Um von dort

aus trotz aller Vorsicht in die Blase gelangte Keime unschädlich zu machen, fügt Autor nach dem Vorschlage von Guyon bei gesunden nicht cystitischen Blasen stets eine prophylaktische Spülung der Blase mit 100—200 ccm Argent. nitr. (1 : 1000—2000) an.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 46.)

**Augenentzündungen.** Zur **Behandlung der Lidrandleiden** empfiehlt Dr. Wolffberg (Breslau) zwei Mittel, welche Schuppen und Borken bequem und rasch entfernen und dabei hohe baktericide Wirkung entfalten: *Benzin* und *Wasserstoffsuperoxyd.* Bei ihrer Benützung ist die Epilation der Wimpern überflüssig. Es ist geradezu erstaunlich, wie leicht ein Wattebausch, der nur wenige Tropfen Benzin aufgenommen, gröbere Schuppen und Krusten von den Lidrändern fortzunehmen vermag; dass es gleichzeitig die Lidränder vollständig bakterienfrei macht, ist eine erst kürzlich experimentell erwiesene Thatsache. Das durch Benzin hervorgerufene Brennen ist mässig und geht, zumal bei bald nachfolgender Sublimatwaschung oder Einfetten mit gelber Salbe sehr rasch vorüber. Da die Entfernung der Schuppen und Krusten, die Freilegung der unter letzteren befindlichen Geschwürchen eine conditio sine qua non der Therapie vorstellt, so empfiehlt es sich, dass der Arzt selbst eine Zeit lang wenigstens die Benzinreinigung vornimmt und event. gleich eine leichte Einreibung von gelber Salbe folgen lässt; in hartnäckigen Fällen soll Pat. letztere, auf Borlint gestrichen, über Nacht auflegen und früh mit Sublimat wieder abwaschen (Benzin gebe man den Pat. für häusliche Behandlung lieber nicht mit!). Weniger intensiv, aber vielseitiger in der Wirkung ist die $H_2O_2$-Lösung. Man benütze das Merck'sche Präparat und wende 0,3%ige Lösung an, die meist genügt. Träufelt man solche auf mit Sycosis ulcerosa behaftete Lidränder (bei geschlossenem Auge), so entwickelt sich sofort ein sauerstoffhaltiger Schaum, und es gelingt mittelst trockenen Wattebausches leicht, den Schaum zugleich mit Schüppchen und Krusten zu entfernen. Wasserstoffsuperoxyd eignet sich besonders zur Entfernung von eitrigem Secret und Blut, ja es ist direct als Stypticum zu betrachten. Behufs Reinigung der Lider lässt man das Auge schliessen und am geschlossenen Auge zunächst den oberen, dann den unteren Lidrand leicht ektropioniren, sodass man den intermarginalen Saum vor sich hat. Bei sehr fest anhaftenden Schuppen genügt es oft nicht, mit der benzingetränkten Watte darüber zu fahren,

man muss mit einem feinen Spatel nachhelfen. Die $H_2O_2$-Lösung bietet den Vortheil, dass sie die Schuppen, welche oft wegen ihrer innigen Verwachsung mit dem Cilienboden kaum sichtbar sind, weisslich verfärbt; sie zeigen dann, wenn sie sich nicht gleichzeitig ablösen, deutlich den Rand, von dem aus man sie leicht abheben kann. Benzin tropft man am besten erst auf Watte, $H_2O_2$ träufelt man direct auf und benützt dann trockene Watte.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 1. October 1903).

— Zum **Einstreichen von Augensalbe** ist am zweckmässigsten ein etwa 15 cm langes und ca. 3—4 mm dickes Glasstäbchen, welches an beiden Enden leicht conisch verläuft. Dr. Haas (Viersen) hat solche in jahrelangem Gebrauch bei Prof. Pagenstecher schätzen gelernt. Er selbst hat nun diesem Glasstäbchen noch an dem einen Ende eine Knickung von 30 Grad geben lassen. Mit diesem Stäbchen (Medicin. Waarenhaus Berlin), das sich wie eine Schreibfeder fassen lässt, kann man auch bei heftigstem Widerstreben des Pat. gefahrlos die Salbe einstreichen, indem man von der Seite her das mit Salbe beladene conische Ende des Stabes parallel mit dem Lidrand durch die untere Uebergangsfalte hindurchzieht.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 22. X. 1903.)

— **Aspirin in der augenärztlichen Praxis** hat Dr. O. Neustätter (München) nach drei Richtungen hin schätzen gelernt; als schweisstreibendes, als specifisches und als schmerzlinderndes Mittel. Als schweisstreibendes Mittel bei allen acut und chronisch entzündlichen Affectionen des Augeninnern wurde je nach der Leichtigkeit, mit der die betreffenden Pat. zum Schwitzen gebracht werden können, gegeben 0,5—1,5 g. Das erste Mal mag es dabei nicht zu profusem Schweiss kommen, bei Wiederholungen wirken dieselben und sogar schwächere Dosen gewöhnlich kräftig. Als Vehikel lässt Autor 1—2 Glas heisser Limonade oder heissen Lindenblütenthees mit Citronensaft nehmen. Die specifische Wirkung des Aspirins macht sich geltend bei allen Augenleiden rheumatischen und gonorrhoischen Ursprungs. Die reflectorische Reizconjunctivitis ist ein dankbares Feld für Aspirin. Mehr in Betracht kommen Iritis, Neuritis optica, Paresen der Augenmuskeln, Episkleritis und Skleritis. Hier kürzt Aspirin den Krankheitsprocess ab und bringt auch stets subjective Besserung. Allerdings sind hier oft grosse Dosen erforderlich, 2—3—5 g pro

die. Wo man bloss schmerzlindernd wirken will, kommt man oft schon mit 0,25—0,5 g aus. Diese Wirkung tritt nicht so rasch ein, ist auch nicht sehr anhaltend, dafür fehlen aber Nebenerscheinungen, wie sie so oft bei anderen Analgeticis vorkommen. Nicht selten wirkt Aspirin auch hypnotisch ein. Ein Pat. mit rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa mit heftigen Reizerscheinungen, die viele schlaflose Nächte bewirkte, empfand nicht nur die schmerzlindernde Eigenschaft des Aspirin sehr angenehm, sondern bekam auch erquickenden Schlaf. Er bekam dazu noch heftige Zahnschmerzen durch eine cariöse Wurzel. Aspirin (0,5) erwies sich auch hier als treffliches Analgeticum. Freilich hielt die Wirkung nur 2 Stunden an, sodass Pat. 5mal 0,5 täglich längere Zeit einnahm; Abends nahm er noch 0,5—1,5 g und schlief darauf 5—6 Stunden. Einmal Nachts, als er unerträgliche Schmerzen bekam, nahm er 8 g auf einmal, nachdem er am Tage schon 2,5 g genommen! Auch dies geschah ohne Schaden. Wenn bisweilen von Aspirin unangenehme Nebenerscheinungen bewirkt werden, so handelt es sich wohl meist um die billigeren Präparate, nicht um das Präparat von Bayer & Co.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No 42.)

**Basedow'sche Krankheit.** Zur **Therapie der B.** ergreift Med.-Rath Dr. Kirnberger (Mainz) das Wort. Derselbe kam darauf, dass die vermehrte *Jod*production, welche die Schilddrüse in ihrem krankhaften Zustande liefert, neben anderen Drüsenproducten zur Hervorrufung einzelner Symptome der B., insbesondere der Abmagerung, beitragen könne, und er versuchte daraufhin und auch mit Rücksicht auf die ungünstigen Erfahrungen der Jodordination bei B., ein Jodantidot, das *sulfanilsaure Natron* in Dosen von 10 g auf den Tag vertheilt. Das Mittel ward stets sehr gut vertragen und vermehrte in allen Fällen den Appetit, die Abmagerung sistirte nicht nur, sondern sämmtliche Pat. nahmen an Körperfülle bis zu mehreren Kilo zu. Hand in Hand damit schwand das Schwächegefühl und machte dem des Wohlbefindens Platz. Ein Zurückgehen des Kropfes wurde nur 2mal constatirt, Ruhigerwerden des Pulses (bis 100—110) in allen Fällen, ein Einfluss auf den Tremor aber fast gar nicht. Es handelt sich eben hier um eine symptomatische Therapie, und kamen auch Heilungen nicht zu Stande. Solche erlebte aber Autor in den 2 Fällen, wo er die Behandlung mit sulfanilsaurem Natron mit Rodagen, dem getrockneten Milchpulver

thyreoidektomirter Thiere, combinirte; diese Heilungen haben schon seit längerer Zeit Bestand.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1903.)

— Einen **Fall von Sklerodermie nach B.** beobachtete Dr. H. Krieger (Medic. Klinik Heidelberg) bei einer 59jähr. Frau. Man könnte an ein zufälliges Zusammentreffen denken. Aber abgesehen davon, dass die Complication beider Affectionen in der Litteratur mehrfach erwähnt wird, sprechen auch einige Punkte für einen inneren Zusammenhang beider Krankheiten. Bei beiden werden häufig nervös belastete Individuen befallen, in der Vorgeschichte Schreck und psychische Traumen, bei beiden trophische, vermuthlich durch central ausgelöste vasomotorische Vorgänge hervorgerufene Veränderungen, z. B. in beiden Krankheiten gelegentlich die Combination mit der Hemiatrophia facialis. Bei den Fällen in der Litteratur handelt es sich theils um die schleichende Form der Sklerodermie, welche mit Sklerodaktylie beginnt und häufig mit Raynaud'scher Krankheit complicirt ist, mit welcher diese Form ja so nahe verwandt scheint, theils um andere Formen. Einige der Autoren vertreten die Theorie der Abhängigkeit der Sklerodermie von der Erkrankung der Schilddrüse. Diese Frage ist um so interessanter, als sich in neuerer Zeit die Stimmen mehren, die auch die B. für eine Krankheit der Schilddrüse ansehen (Möbius, Kocher u. a.) Angeführt werden hauptsächlich 3 Momente: 1. die Aehnlichkeit mit der Hyperthyreoidisation, 2. die ausnahmslose Betheiligung der Thyreoidea am Krankheitsbild, 3. der Erfolg der Kropfoperation. Krieger möchte sich der Ansicht anschliessen, die neuerdings wieder Cassierer ausgesprochen hat, dass die B. doch eine Nervenkrankheit ist; zugegeben, dass die Störung des Nervensystems unter Umständen durch das Thyreoideagift verursacht wird. Die Anhänger der Schilddrüsentheorie der Sklerodermie bringen folgende Thatsachen für ihre Ansicht vor: 1. Es besteht eine gewisse Analogie zwischen dem Myxoedem, dessen Abhängigkeit von dem Schilddrüsenmangel sichergestellt erscheint, und der Sklerodermie; in beiden Fällen Erkrankung des Bindegewebes der Haut und des Unterhautzellgewebes, die Aehnlichkeit des Oedems, die gelegentlichen Analogieen in der Localisation (Gesicht und Hände), bei beiden Anfälle localer schmerzhafter Asphyxie, Störungen der Hautcirculation, Störungen der sexuellen und intellectuellen Sphaere, ferner Haarausfall und andere trophische Störungen. 2. Die klinisch und pathologisch-ana-

tomisch nachgewiesenen Veränderungen und der Mangel der Schilddrüse überhaupt in vielen Fällen von Sklerodermie. 3. Der gelegentlich beschriebene Erfolg der Thyreoidinbehandlung. Dieser Ansicht gegenüber machen andere darauf aufmerksam: 1. dass doch beide Krankheiten, Myxoedem und Sklerodermie, sich scharf von einander abgrenzen lassen, und dass vor allem Uebergangsformen nicht bekannt sind. 2. Es können die Schilddrüsen-Veränderungen, die nicht einmal sehr zahlreich sind, doch ebensogut als Folge wie als Ursache in vielen Fällen aufgefasst werden, nachdem bekannt ist, dass die Sklerodermie sich nicht bloss von der Haut auf tiefere Theile ausdehnt, sondern dass sie auch selbstständig innere Organe ergreift. 3. Ist der Erfolg der Schilddrüsenbehandlung selten, und sind ähnliche Erfolge auch von anderen Mitteln oder spontan erfolgt, auch existiren Mittheilungen über Verschlimmerungen durch Thyreoidinbehandlung. Vor allen Dingen besteht aber die grösste Wahrscheinlichkeit dafür, dass es sich um eine vasomotorisch-trophische Neurose handelt, theils centralen, theils peripheren Ursprungs. Dafür sprechen: 1. die Localisation, die häufig mehr oder weniger streng halbseitig ist, theils segmentartig, theils dem Verlaufe der Hautnerven entspricht. 2. Die Combination mit vielen wirklichen Nervenkrankheiten. 3. Die Verwandtschaft mit der Raynaud'schen Krankheit und endlich das Vorkommen bei neuropathisch veranlagten Individuen und die Entstehung durch psychische Traumen. Auch Autor möchte sich für die nervöse Theorie der Sklerodermie aussprechen und die Dysthyreoidisation als event. mögliche Ursache der Alteration des Nervensystems zugeben.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 41.)

**Blutungen.** **Stypticin in der gynaekologischen Praxis** hat Dr. Weissbart (München) in etwa 50 Fällen angewandt, und zwar:

1. Bei rein *klimakterischen B.* In den drei Fällen dieser Art wirkte Stypticin prompt und ohne irgendwelche Nebenerscheinungen zu machen.
2. Bei *menstruellen B.* ohne Befund an Uterus und Adnexen. Hier waren die Erfolge zum Theil ausgezeichnet, zum Theil liess das Mittel im Stich.
3. Bei *reflectorischer Gebärmutterblutung* (10 Fälle) wirkte Stypticin stets überraschend gut; es waren B. infolge von Retroflexio, Parametritis, Adnextumoren.

4. Bei *B. bei fungöser Endometritis;* hier liess das Mittel (3 Fälle) völlig im Stich.
5. Bei *Subinvolutio uteri post partum et abortum.* Promptester Erfolg. Wo derselbe nicht sofort eintrat, waren sicher noch Eireste vorhanden, nach deren Entfernung der Effect sofort eintrat.
6. Bei *Abortus imminens* (2 Fälle). In dem ersten, wo noch keine Wehen da waren, erfolgte wohl nach Darreichung von Stypticin Abortus, doch erst 36 Stunden nach Einnahme, ohne dass innerhalb dieser Zeit Wehen sich gezeigt hätten; die ursprüngliche Blutung stand völlig still. Man darf wohl annehmen, dass der Abort nicht auf das Stypticin hin zustande kam; der ganze Verlauf sprach dafür, dass die Frucht abstarb, eine kleine Blutung sich einstellte, die durch Stypticin gestillt wurde, dass dann nach 36 Stunden der Uterus den Fremdkörper ausstiess. Im zweiten Falle, wo schon mehrstündige Wehenthätigkeit bestand, wurden die Wehen nicht verstärkt, im Gegentheil, sie hörten mit der Blutung auf. Jedenfalls verursachte Stypticin keine Verstärkung oder Beschleunigung der Wehen.

Zusammenfassend, betont Autor, dass Stypticin ein ausgezeichnetes Mittel bei Uterusblutungen ist, vor allem bei klimakterischen und reflectorischen, aber auch bei menstruellen ohne anatomisches Substrat. Bei Endometritis fungosa wirkt es erst nach der Abrasio mucosae. Bei Subinvolutio uteri bewährte es sich ebenfalls, aber *es regt die Wehenthätigkeit nicht an, wirkt auch nicht sedativ.* Autor benützte stets die Merck'schen Tabletten (Originalglas mit 20 Stück à 0,05 g), eine sehr bequeme und billige Verordnungsweise. Pro die wurde 3 mal täglich 2 Stück mehrere Tage hindurch gegeben; selbst 8 Stück pro die machten keine Nebenerscheinungen. Bei Menorrhagieen wurden schon mehrere Tage vor der zu erwartenden Periode Tabletten gereicht, aber nur 3 mal täglich 1 Stück.

(**Die Heilkunde 1903 No. 10.**)

— Ueber die **Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweises occulter Blutanwesenheit in den Faeces** berichtet Dr. J. Boas (Berlin). Seine Erfahrungen haben demselben jetzt offenkundig gezeigt, dass dem Nachweis occulter B., besonders in den Faeces, eine in vielen Fällen ausschlaggebende Bedeutung für die Diagnose von ulcerativen Processen auf der Magenschleimhaut zukommt. Allerdings

müssen dabei gewisse Cautelen beachtet werden. Zunächst wird man die Frage aufwerfen müssen, ob überhaupt minimale B. aus den höheren Verdauungswegen so vollständig zur Ausscheidung kommen, dass ihr Nachweis mit einiger Sicherheit in den Faeces gelingt. Diese Frage ist auf Grund der Erfahrungen zu bejahen; die Weber'sche Guajakprobe ist sehr empfindlich, es gelingt der Nachweis von Blut in den Faeces schon nach Genuss von 3 ccm Blut. Schwierigkeiten macht die Beimischung künstlichen oder anderen Verdauungsabschnitten entstammenden Blutes. Man muss da grundsätzlich fordern, dass behufs Vermeidung von Täuschungen rohes oder halb durchgebratenes Fleisch oder Wurst mindestens 2 Tage vor der Untersuchung nicht genossen werden darf. Des weiteren muss man, abgesehen von artificiellen B. aus dem Respirationstractus, die sich in der Regel leicht ausschliessen lassen, auf jegliche Beimengung von frischem Blut aus den unteren Darmwegen (Haemorrhoiden, Dickdarmkatarrh) sorgfältig achten. Man wird das am besten dadurch vermeiden, dass man durch ein passendes Abführmittel (z. B. Karlsbader Salz) den Stuhl in breiige Consistenz bringt, was für die Anstellung der Weber'schen Probe auch an sich erforderlich ist. Weiter ist bei Frauen die Untersuchung auf occulte B. während der Menstruation am besten ganz zu unterlassen. Endlich sind auch Urinbeimengungen zum Stuhl thunlichst zu verhüten. Fortlaufende Untersuchungen haben ferner ergeben, dass bei Ulcusverdächtigen B. keineswegs constant vorhanden sind; oft fällt die Blutprobe bei erstmaliger Untersuchung negativ, bei wiederholter deutlich positiv aus. Mehrfach war zu beachten, dass occultes Blut in den Faeces nachweisbar war, wenn die Pat. kurz vorher Magenschmerzen gehabt hatten; es war dies besonders der Fall, wo lange noch keine typische Ulcus-Cur eingeleitet wurde. Dagegen wurde wiederholt constatirt, dass schon wenige Tage nach absoluter Milchdiaet der Blutnachweis misslingt. Umgekehrt wurde mehrfach beobachtet, dass in Fällen, in denen der Blutnachweis trotz strenger Milchdiaet noch längere Zeit positiv ausfiel, der spätere Verlauf zeigte, dass eine Heilung nicht erfolgte. Solche Fälle erwecken, zumal wenn es sich um ältere Pat. handelt, immer den Verdacht eines auf der Basis eines Ulcus sich entwickelnden Carcinoms, zumal Carcinome auf der Basis eines Ulcus sich durch besondere Tendenz zu recidivirenden B. auszuzeichnen pflegen. Da der Blutnachweis bei demselben Pat. innerhalb weniger Tage

wechseln kann, darf event. ein Urtheil erst nach mehrfachen Untersuchungen abgegeben werden. Spricht nun eine negative Blutreaction in den Faeces unbedingt gegen Ulcus? Die Erfahrungen reichen da bisher noch nicht aus, und thut man gut, negativen Ergebnissen jedenfalls kein entscheidendes Gewicht beizumessen. Aber in dem gesammten klinischen Complex wird auch dem negativen Blutbefund in den Faeces eine nicht zu unterschätzende Bedeutung beigemessen werden. Sehr viel mehr wird natürlich der positive Blutbefund ins Gewicht fallen; hier hat der occulte Blutbefund dieselbe Bedeutung, wie der manifeste, d. h. die Haematemesis oder die Melaena. Wenn Autor das bisherige Material an Ulcusverdächtigen überblickt (25 Fälle), bei welchen mehrfache Untersuchungen des Kothes vorgenommen wurden, so handelte es sich einerseits um Pat., bei denen schon die bisherigen Hülfsmittel mit gewisser Wahrscheinlichkeit für die Annahme eines Ulcus sprachen; auch in diesen Fällen ergab erst die Feststellung occulter Blutanwesenheit in den Faeces die Sicherheit, die eine zielbewusste Behandlung gewährleistet. Sehr viel werthvoller ist die Prüfung auf occultes Blut in jenen zahlreichen zweifelhaften Fällen, wo wir zwischen der Annahme einer nervösen Cardialgie und ulcerativen Processen auf der Magen- resp. Duodenalschleimhaut schwanken; hier wurde oft die Schwierigkeit der Entscheidung lediglich durch den Nachweis occulter B. beseitigt und daraufhin eine erfolgreiche Therapie eingeleitet. Freilich können ja auch hier Fehlerquellen unterlaufen, z. B. rein parenchymatöse, varicöse etc. Blutungen, sodass eine gewisse Kritik durchaus erforderlich ist. Das häufige Vorkommen occulter B. wirft auch ein interessantes Licht auf die Entwickelung der grossen B. Wahrscheinlich ist der Vorgang so, dass den grösseren Haemorrhagieen längere Zeit, vielleicht jahrelang geringe capilläre B. vorausgehen, für die Pat. ebenso unmerklich, wie für den Arzt. Dadurch, dass in dem Frühstadium die Diagnose häufig verkannt wird, möglicherweise auch dadurch, dass kleinere Ulcerationen nicht zur völligen Ausheilung kommen, geschieht es, dass allmählich immer grössere Gefässparthieen arrodirt werden, die schliesslich zu umfangreichen B. führen. Damit stimmt auch die vielfach von Pat. gemachte Angabe überein, dass sie vor dem Stühle beobachtet hätten, die zwar nicht schwarz, aber dunkler als gewöhnlich aussahen; zweifellos müssen schon die Farbenveränderungen in ulcusverdächtigen Fällen Verdacht auf kleinere B. der

oberen Verdauungswege erwecken und den Arzt zu einer sorgfältigen Untersuchung der Stühle veranlassen. Auch in therapeutischer Hinsicht wird die Untersuchung auf occulte B. uns manchen schätzbaren Hinweis geben können. Zunächst nach der Richtung der Wirksamkeit einzelner, für die Behandlung des Ulcus empfohlener Heilmittel, z. B. des Wismuthes und Arg. nitr. Bezüglich der Milchcur kann Autor auf Grund seiner Erfahrungen schon jetzt sagen, dass sie die Blutausscheidung sehr günstig zu beeinflussen scheint; in zahlreichen Fällen konnte schon wenige Tage nach einer Milchcur Blut nicht mehr nachgewiesen werden und war auch bei fortschreitender Diaet nach v. Leube's Principien nicht mehr zu finden. Auch für die Beurtheilung, ob eine ulcerative Parthie ausgeheilt ist oder nicht, wird die Prüfung auf occulte B. mit Vortheil herangezogen werden können. Man schwankt vielfach, wie lange eine Ruhecur bei Ulcus innezuhalten ist; künftig wird das Moment des Persistirens oder Aufhörens einer occulten Magenblutung mindestens mit in die Wagschale für die Dauer der Bettruhe und der Cur überhaupt fallen müssen, indem letztere erst als gelungen zu betrachten ist, wenn mehrere Tage hintereinander bei vorsichtiger, aber gemischter Kost keine occulte Blutung mehr nachweisbar ist. Was nun die Methodik der Untersuchung anbetrifft, so ist dieselbe sehr einfach. Etwa 5—10 g Stuhl werden, wenn breiig, ohne weiteres, wenn hart, erst nach Verdünnung mit Wasser verarbeitet. Dem Stuhl wird dann zunächst eine kleine Menge, etwa 20 ccm Aether zugefügt, um die Fette aufzunehmen, besonders aber um störende Emulsionen bei der späteren Behandlung zu vermeiden. Sodann wird etwas (3—5 ccm) Eisessig zugefügt, das Ganze in ein Reagensglas gegossen und nochmals mit Aether extrahirt. Unter allen Umständen ist Zusatz von Alkohol zum Aether zu verhüten, da Alkohol allein das Guajakterpentingemisch bläut. Dem Aether werden dann einige Körnchen pulverisirten Guajakharzes zugefügt, sorgfältig geschüttelt und dann 20—30 Tropfen verharzten Terpentinöls zugesetzt. Nach kurzem Schütteln und Stehenlassen bildet sich allmählich eine Violett- bis Blaufärbung aus, die durch Zusatz von Chloroform noch deutlicher ausfallen kann. Leider wird der entscheidende blaue oder violette Farbenton, namentlich bei geringem Blutgehalt, oft durch braune Nüancen undeutlich gemacht. Wir können aber die Probe gut controlliren durch Aloin, das sehr gut kleine Blutmengen anzeigt. Es wird davon

eine kleine Spatelspitze voll in ein Reagensglas gebracht und ca. 3—5 ccm 60—70%iger Alkohol zugefügt und leicht geschüttelt. Giebt man nun zu dem essigsauren Aetherextract der Faeces zuerst 20—30 Tropfen Terpentin und danach 10—15 Tropfen der genannten, immer frisch zubereitenden Aloinlösung, so färbt sich dieselbe bei Anwesenheit von Blut sehr bald hellroth und nimmt bei weiterem Stehenlassen eine kirschrothe Färbung an. Ist kein Blut da, so röthet sich das Aloin frühestens in 1—2 Stunden leicht rosaroth und bleibt bis dahin gelb. Das Auftreten des Aloinrothes kann man durch Zusatz einiger Tropfen Chloroform erheblich beschleunigen. Man sieht hierbei, wie sich kleinere und grössere rothe Tropfen bilden, die allmählich zu Boden sinken und einen intensiv zinnoberrothen Niederschlag bilden. Die Aloinprobe fällt übrigens gelegentlich auch da noch deutlich positiv aus, wo die Weber'sche kein eindeutiges Resultat zeigt. Es eignet sich endlich sowohl für die Guajak- wie für die Aloinprobe als oxydationsvermittelnder Zusatz eine verdünnte Wasserstoffsuperoxydlösung (Merck) ebenso gut wie das verharzte Terpentinöl. Bei Zusatz von 25—30 Tropfen zu dem essigsauren Aetherextract tritt, falls Blut vorhanden ist, die charakteristische Blaufärbung resp. das Aloinroth sehr prägnant auf. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

**Ekzem.** Das neue Theerpräparat **Empyroform** wurde, wie Dr. Alfr. Kraus mittheilt, mit bestem Erfolge in der Prager k. k. Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten benützt. Empyroform, hergestellt von der Chem. Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) Berlin, durch Condensation von Ol. Rusci und Formaldehyd, ein äusserst feines, mehlartiges, braunes Pulver, zeichnet sich zunächst durch fast völlige *Geruchlosigkeit* aus. Angewandt wurde es besonders in folgenden Formen:

Rp. Empyroform. 1,0—5,0
Aceton. 100,0

Rp. Empyroform. 5,0
Vaselin.
Lanolin. āā 50,0

Rp. Empyroform. 5,0—15,0
Linim. exsicc. Pick 100,0

Vor allem wurden chron. Ekzeme der verschiedensten Art und Ausdehnung mit der Salbe und dem Liniment behandelt,

und zwar mit überraschend gutem Erfolge; auch die inveterirtesten Formen reagirten prompt mit ungemein rascher Rückbildung auf die Application des Mittels. Letztere wurde aber auch auf noch nicht ganz torpide, subacute Ekzeme ausgedehnt. Der Verlauf war gewöhnlich der, dass die bestehende Röthung und Infiltration in kürzester Zeit sich zurückbildete, das Spannungsgefühl schwand, und dass sich nach ungewöhnlich kurzer Heilungsdauer normale Verhältnisse selbst in solchen Fällen wieder einstellten, die sich bis dahin gegen die verschiedensten Mittel, speciell auch gegen Theer, vollständig refractär erwiesen hatten. Sehr auffallend war der jucklindernde Effect! Das Präparat wurde auch bei solchen Ekzemen gut vertragen, bei denen die frischeren Entzündungserscheinungen noch nicht völlig abgeklungen waren, und wo neben deutlicher Röthung hier und da noch Epithelläsionen und Nässen sich fanden. In derartigen Fällen zeigte sich namentlich die Anwendung der Salbe in Pflasterform von günstigem Erfolg, während bald darauf auch die Salben allein und das Liniment, zu dem sich ein Zusatz von $2^1/_2$% Lanolin sehr zweckmässig erwies, sich aufs Beste bewährte. Sehr günstig wurde stets jenes E. beeinflusst, das sich auf dem Boden einer Seborrhoe entwickelt hatte. War die Erkrankung auf den behaarten Theil des Kopfes beschränkt, so genügte auch in sehr ausgeprägten Fällen in der Regel mehrtägige Anwendung der 5%igen Salbe, um Schuppung, Krustenbildung, Röthung etc. vollständig zum Verschwinden zu bringen. Nicht minder vortheilhaft erwies sich die gleiche Medication, wenn sich die Affection in vorgeschritteneren Stadien, im Gesicht, am Stamm u. s. w. localisirte oder die ganze Körperoberfläche ergriffen hatte. Bei jenen chron. Formen des E., die, besonders an den unteren Extremitäten, mit einer mächtigen Verdickung der Haut einhergehen, wurde gelegentlich mit bestem Erfolge Pflasterbehandlung eingeleitet, indem das Pick'sche Salicylseifenpflaster mit Zusatz von 5—10% Empyroform benützt wurde. — Auch *Psoriasis* wurde sehr günstig vom Empyroform beeinflusst. Bei den oberflächlichen Formen wurde die 1—5%ige Acetonlösung benützt, bei tiefen das 5—15%ige Liniment. In beiden Fällen stets recht gute Erfolge. In Form der 5%igen Salbe, sowie des Liniments bewährte sich Empyroform ferner vorzüglich in 2 Fällen von universeller, acuter Psoriasis, auch hier zeigte sich eclatant die juckstillende Eigenschaft des Präparates. Nie sah Autor von demselben unangenehme Nebenwirkungen.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 33.)

— **Weitere Erfahrungen mit Anthrasol,** dem farblosen, gereinigten Theer, giebt Dr. A. Sack (Heidelberg) kund. Das Präparat wird jetzt in solch tadelloser Reinheit und Beständigkeit hergestellt (Knoll & Co., Ludwigshafen), dass seine völlige Reizlosigkeit gewährleistet ist. Autor hat jetzt über 100 Fälle von Hautleiden damit behandelt. Nur in sehr vereinzelten musste er, da Anthrasol ohne Zusätze etwas reizte, es mit Zinkoxyd-, Ichthyol-, Bleisalben oder Pasten zusammen appliciren, nur 2 mal war, offenbar infolge einer Idiosynkrasie, die Reizung so stark, dass man das Präparat ganz bei Seite lassen musste. Sonst aber erwies sich Anthrasol als sehr mildes Mittel. Man darf es freilich nicht bei nässenden, stark irritirtem E. benützen, man muss es, wenn man es bei schwach nässenden, nicht acut entzündlichem E. anwendet, erst nur schwach procentuirt und mit guten Zinkdeckpasten gemischt verordnen, man muss sich je nach der Art des Hautleidens, nach dem Stadium desselben, nach der Toleranz des Pat. mit der Concentrirung und der Compositionsformel richten, dann aber wird man kaum Enttäuschungen erleben. Man kann es in Form von Lösung, Salbe, Oel, Paste oder Seife (Stiefel'sche Fabrik in Offenbach) verordnen. Da, wo es hauptsächlich auf die juckstillende Wirkung ankommt, ist flüssige Verordnungsweise indicirt. Bei pruriginösen Zuständen lässt Anthrasol fast nie im Stich. Bei grösseren Flächen, z. B. *Pruritus* universalis, kommen nur schwächere Lösungen (10%) in Alkohol oder Aceton in Betracht, während bei kleineren Gebieten (*Pruritus ani, Lichen ruber, circumscriptem, stark juckendem, trockenem E.*) die Concentration auf 20—30% erhöht werden kann, event. sogar reines Anthrasol am Platze ist. Im Allgemeinen wird man erst mit schwächeren Lösungen vorgehen und allmählich erhöhen. Bei Pruritus ani bewährt sich mitunter glänzend reines Anthrasol. Für flüssige Verordnung eignen sich ferner *Affectionen der behaarten Kopfhaut, trockenes E., Seborrhoea sicca, Pityriasis capitis etc.*, wo meist 1—5%ige Lösungen vollständig ausreichen. Auch bei leichteren Formen der *Psoriasis* resp. des *psoriasiformen, seborrhoischen E.* bewährt sich die flüssige Form, während sich bei schweren Formen mehr Salben empfehlen, gemischt mit anderen reducirenden oder keratolytischen Mitteln (Schwefel, Resorcin, Salicyl). In Salbenform kann Anthrasol entweder als Anthrasolvaseline resp. Lanolin oder als Anthrasol-Zinkpaste verwendet werden, wenn es mehr auf die keratoplastisch-heilende Wirkung des Mittels wie z. B. beim E.

ankommt, mit der Einschränkung, dass bei stark nässendem Reizekzem diese Anwendung unthunlich ist, bei nur schwach nässendem dagegen wohl die Paste, aber nicht die Salbe verordnet werden sollte. Als Pastengrundlage kann jede consistente Zinkpaste in der Art der Lassar'schen, der Unna'schen etc. gewählt werden. Anstatt der gewöhnlichen Vaselinsalbe wähle man lieber die Formel:

Rp. Anthrasol.
Lanolin. āā 5,0
Ung. glycerin. ad. 50,0

Diese Composition, billig und geschmeidig, wirkt auch eminent juckstillend; in Tuben gefüllt, ist sie ausserordentlich wichtig für Leute, die ein Mittel gegen Pruritus ani bei sich führen wollen. Bei parasitären Hautaffectionen setzt Autor stets dem Anthrasol grüne oder Kaliseife zu; so können Sykosis, Trichophytie, Scabies etc. behandelt werden. (Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 41.)

— **Unangenehme Nebenwirkungen des Mesotans** hatte Prof. M. Litten (Berlin) mehrfach zu verzeichnen, obwohl er von vornherein grosse Vorsicht obwalten liess. Er verordnete das Mittel nie unverdünnt, nie häufiger als 1—2 mal pro die anzuwenden, und zwar in milder Weise eine Einreibung des zur Hälfte mit Olivenöl verdünnten Präparates nur in kleinen Dosen (höchstens 1 Theelöffel) und in Pausen. Wenn er auch so häufiger Erfolge ohne Nebenwirkungen erzielte, traten in anderen Fällen, selbst bei Patientinnen mit nicht besonders zarter Haut, Röthung derselben mit Schwellung und Bläschenbildung ein, die theilweise schmerzte, theilweise sehr intensiv juckte, sodass mehrere Tage vergingen, bis unter Umschlägen von essigsaurer Thonerde das E. sich zurückgebildet hatte. Ein besonders markanter Fall, wo nach einmaliger und sehr milder Application heftiges E. auftrat, betraf eine Dame mit hartnäckiger rheumatischer Affection des linken Hand- und Schultergelenks, gegen die die bisherige Therapie nichts vermocht hatte. Ein berühmter Chirurg verordnete Einreibungen mit Mesotan, 3 mal täglich 1 Theelöffel. Autor, der die grosse Hautempfindlichheit der Pat. kannte, rieth, das zur Hälfte verdünnte Mittel nur einmal täglich zu ½ Theelöffel anzuwenden, und rieb selbst das zur Hälfte verdünnte (mit Olivenöl) Mesotan, ½ Theelöffel auf einen Flanelllappen geträufelt, vorsichtig am Handgelenk ein. Nach wenigen Stunden schwoll die Haut, soweit die Ein-

reibung reichte, erheblich an, wurde roth und mit Bläschen bedeckt, die enorm juckten. Der Zustand wurde bald unerträglich, und Autor verordnete:

Rp. Liq. carbon. deterg. 5,0
Amyl.
Zinc. oxyd. $\overline{aa}$ 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0
S. Schüttelmixtur.

Dies milderte zunächst den Hautreiz wesentlich, aber nur für kurze Zeit. Da Pat. schliesslich immer eine neue Einpinselung verlangte, sobald das Theerpräparat etwas trocken zu werden begann, so rieth Autor zu Umschlägen mit eiskalter essigsaurer Thonerde, welche den Zustand auch erträglich gestalteten, wenn sie alle 5 Minuten erneuert wurden. Dies acute E. hielt 48 Stunden an, worauf allmählich Besserung eintrat. Da gleichzeitig die Schmerzen im Handgelenk besser geworden waren, liess Pat. sich eine ebensolche Mesotanmischung wieder frisch bereiten und rieb vorsichtig die Schultern ein. 1—2 Stunden darauf wieder sehr acute Dermatitis in weiter Ausdehnung, sich durch scharlachartige Röthe gegen die gesunde Haut abhebend, furchtbar juckend. Da eiskalte Umschläge mit essigsaurer Thonerde nur immer für einige Minuten halfen, kam Pat. darauf, die ganze Schulter direct „ins Eis zu stecken" und so 2 Tage und 2 Nächte zu verbringen, bis der Zustand sich gebessert hatte (gleichzeitig war dabei dauernde Heilung der rheumatischen Gelenkaffeetion eingetreten). Solch ein Fall lehrt wieder, stets, wenn man Mesotan anwendet, dies zuerst äusserst vorsichtig zu versuchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

**Erysipel.** Ueber **Cylindrurie und Albuminurie bei E.** hat Dr. R. Pollatschek (k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien) bei 50 Pat. mit typischem E. Untersuchungen angestellt, mit folgendem Resultat: „Bei E. treten in einem erheblichen Procentsatz der Fälle (38 %) Zeichen einer Nierenschädigung auf. Dieselben können in einfacher Cylindrurie ohne Albuminurie, Albuminurie ohne Cylindrurie, Albuminurie mit Cylindrurie bestehen. Das Auftreten selbst grosser Eiweissmengen mit gleichzeitigem Erscheinen renaler Elemente im Sediment kann rein transitorischer Natur sein und berechtigt noch nicht zur Stellung einer schweren Prognose".

(Centralblatt f. innere Medicin 1903 No. 20.)

— Ueber **neuere therapeutische Versuche beim E.** berichtet Dr. R. Pollatschek (k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien). Als Normalverfahren galt dort bisher die Behandlung mit *Umschlägen von eiskaltem Liq. Burowii* im acuten Stadium und mit Borvaselin in der Reconvalescenz. Es galt nun zu erproben, ob die neuerdings empfohlenen Methoden Besseres leisteten. Mit *rothem Licht* wurden 33 Pat. behandelt. Diese Methode gab keine zufriedenstellenden Resultate, sodass sehr bald das „rothe Zimmer" wieder aufgegeben wurde. Auch *Mesotan* erwies sich als wirkungslos. Intravenöse Injectionen mit *Argent. colloidale*, die bei schweren Fällen benützt wurden, schienen in einzelnen Fällen einen recht günstigen Einfluss auszuüben, in anderen versagten sie. Als gutes symptomatisches Mittel kann *Anaesthesin* gelobt werden; nach Auflegen 10%iger Salbe trat prompt Nachlass der Spannung und der Schmerzen ein. Als praktisches Resultat ergab sich für die weitere Behandlung des E. in der Klinik folgendes: Das Normalverfahren bleibt die Behandlung mit Eisburow, bei Schmerzen wird Anaesthesinsalbe applicirt, in schweren Fällen wird stets ein Versuch mit Collargolinjectionen gemacht.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1903.)

**Fracturen und Luxationen.** **Neues über Fracturenbehandlung der unteren Extremitäten** brachte Regimentsarzt Dr. J. Scheidl (Baden bei Wien). Derselbe hat einen *Apparat zur Extension* construirt, der sich wegen seiner Einfachheit, Billigkeit etc. gerade für den prakt. Arzt besonders eignet. Denkt man sich eine Dittel'sche Stange in einem Verbande, diese wäre am Sitzbeinhöcker abgeschnitten und irgendwie gegen denselben angestemmt, während am vorderen Ende derselben ausserhalb des Beines eine Schraubenextension angebracht ist, so hat man den ganzen Apparat. Zuerst legt man um den Rist und um die Ferse in einer Achttour ein starkes, breites Zwirnband von ca. 1 m Länge in der Art, dass man am Fussrücken nahe dem Sprunggelenk die Mitte des Bandes auflegt und an der Fusssohle kreuzt, jetzt den einen Theil des Bandes dort festhält, während man den anderen um die Ferse herum wieder zur Sohle zurückführt, ziemlich stark anzieht und beide Theile an der Fusssohle knotet, wodurch die beiden Knöchel vollständig frei bleiben. Jetzt schiebt man an das vordere (proximale) Ende einer Stahlschiene einen Halbring aus Messing, der einen Riemen trägt, hebt unter mässigem Zuge das Bein und schiebt diesen Halbring gegen den

Sitzbeinhöcker, bis er sich dort anstemmt. Der Pat. schnürt nun selbst den Riemen des Halbringes über dem Oberschenkel zusammen, während man das Bein auf die Stahlschiene auflegt. Letztere trägt am rückwärtigen (distalen) Abschnitte ein Gewinde, auf dem sich ein Schraubencylinder bewegt, der vor sich eine Hülse hinschiebt, welche eine feste Säule aufgesetzt trägt. An dieser Säule knotet man die beiden freien Enden des Zwirnbandes (dasselbe ist seiner Festigkeit und Unnachgiebigkeit wegen am besten) fest und stellt so die Verbindung zwischen Fuss und Extensionsvorrichtung her. Dreht man jetzt den Schraubencylinder, so beginnt schon die Extension. Nun hat das Bein genügenden Halt, und man kann jetzt die Verkürzung messen, extendiren, die Bruchenden adaptiren, event. Wunden versorgen, weiter extendiren, nachmessen u. s. w., wobei man für alles Nothwendige stets beide Hände frei hat. Sollte der Fuss von der rechtwinkligen Beugung im Sprunggelenk abweichen, so schiebt man an demselben einen kurzen Querriegel, an den unter rechtem Winkel ein U-förmiger Fussstab aufgesetzt ist, so nahe an den Fuss heran, bis derselbe im rechten Winkel gebeugt, fixirt ist. Der Querriegel wird nun durch eine Schraube fixirt. Nun legt man, nachdem das Bein die richtige Länge und die Bruchenden die günstigste Stellung haben, um den Apparat und das Bein eine Schichte einer dünnen Mullbinde und darüber sofort die Gipstouren. Nach der 1. Tour legt man von der Mitte des Fussrückens auf der Streckseite bis ans obere Ende des Verbandes reichend 1—2 leicht befettete, ca. 1 mm starke Stahldrähte und darüber die übrigen Gipstouren. Mit diesen Drähten wird bei der Verbandabnahme der Verband einfach aufgerissen und ist in einigen Minuten leicht abgenommen. Wenige Minuten nach Fertigstellung des Verbandes ist derselbe auch schon so hart, dass er die volle Function des Apparates übernehmen kann. Jetzt wird letzterer auf folgende Weise entfernt: Erst löst man die Extension durch Zurückdrehen des Schraubencylinders oder dadurch, dass man das Zwirnband durchschneidet, dann zieht man den Fussstab vertikal aus dem Verbande, löst hierauf den Riemen am Oberschenkel, zieht den Halbring leicht von der Stahlschiene, welche man nun selbst durch langsamen Zug unter leichtem Drehen nicht allzuschwer herauszieht. Der Querriegel wird seitlich fortgenommen. Die Achttour der Fusslasche wird an der Sohle durchgeschnitten und die knotenfreien Enden aus dem Verbande gezogen. So ist der Apparat entfernt, und

man hat die Gewissheit, dass die Bruchenden in derselben Stellung sich befinden, die man ihnen vorher gegeben hat. Durch das Entfernen des Apparates leidet der Verband keinen Schaden. Die schwächste Stelle desselben ist der Sohlentheil; aber man kann diesen ganz entfernen und durch einen neuen ersetzen, ohne dass es dem Verbande schadet. (Wiener med. Presse 1903 No. 41.)

— Einen **Beitrag zur Casuistik der Fersenbeinbrüche** liefert Dr. R. Lehmann (Kempfeld). Garnicht selten wird gerade bei diesen Brüchen erst recht spät mal die richtige Diagnose gestellt, was oft durch die Geringfügigkeit der ursprünglichen Symptome veranlasst ist. Dies war auch bei der Beobachtung des Autors der Fall, wo Pat. dadurch um seine wohlverdiente Rente kam. Der 68jähr. Ackerer klagt jetzt, dass er seit Jahren auf dem rechten Beine lahme; die Schwäche des Beines nehme dauernd zu, beim Gehen müsse er immer nach wenigen Schritten eine Ruhepause machen. Er schiebt sein Leiden auf einen Unfall im Jahre 1898, wo ihm ein vom Wagen fallender Fichtenstamm von hinten einen Schlag dicht oberhalb der rechten Ferse versetzte. Die anfängliche Schwellung zertheilte sich allmählich nach Gebrauch der ihm ärztlich verordneten Einreibungen, es blieb jedoch eine knotenförmige Verdickung über der Ferse zurück. Einige Zeit nach der Verletzung gewöhnte sich Pat. wieder an den Gebrauch seines Beines, jedoch spürte er bald nach Anstrengungen eintretende Schwäche, die schnell derartig zunahm, dass er namentlich zu Arbeiten auf unebenem Boden (Pflügen, Eggen etc.) völlig untauglich wurde, seine Wirthschaft aufgeben musste und nur noch leichtere Arbeiten verrichten kann. Er hinkt stark auf dem rechten Bein. Am Unterschenkel befindet sich zwei Querfinger breit über dem normalen Ansatz der Achillessehne am Fersenbein eine knotenartige, knöcherne Verdickung und unterhalb derselben eine leichte Abflachung des normalerweise hier vorgewölbten Fersenbeins. Bei gleicher Stellung beider auf den Boden aufgesetzter Unterschenkel erweist sich die Achillessehne des kranken Beines als schlaff und eindrückbar, gegenüber der straffen Spannung derselben am gesunden Bein. In gleicher Höhe gemessen, ist der sagittale Durchmesser vom vorderen Schienenbeinrand bis zum hinteren Rande der Achillessehne am kranken Unterschenkel 1,3 cm geringer, als am gesunden. Ueber den Knöcheln, 11 cm oberhalb der Sohlenfläche gemessen, ist

der Umfang am kranken Unterschenkel ebenfalls 1,3 cm geringer, als am gesunden. Ihre knöcherne Verdickung bedeutet sicher die Ansatzstelle des Fersenbeins für die Achillessehne. Durch die auf die Achillessehne wirkende Gewalt ist es nicht, wie seiner Zeit angenommen worden ist, nur zu einer Quetschung gekommen, sondern die straffe Sehne hat nicht nachgegeben, vielmehr zu einer Abrissfractur des ihr zugehörigen Sehnenansatzstückes am Fersenbein geführt. Durch Zug der Wadenmuskulatur ist das abgerissene Knochenstück dauernd nach oben gezogen und an der jetzt durch jenen Vorsprung gekennzeichneten Stelle angewachsen. Durch diese falsche Verwachsung ist andererseits eine dauernde Annäherung von Sehnenursprung und -Ansatz bedingt, welche wiederum zu einer Erschlaffung der gesammten Wadenmuskulatur geführt hat. Diese machte sich hier in zunehmender Schwäche des Unterschenkels geltend, und der starke Arbeitsausfall dieser Muskelgruppe in fühlbarer Schlaffheit derselben und in einem messbaren Minderumfang der rechten Wade um 4 cm gegenüber der linken. Die Schwäche der Flexoren führte andererseits zu einem Kraftüberschuss der Extensoren; während am kranken Bein eine Plantarflexion des Fusses so gut wie garnicht möglich ist, geschieht die Dorsalflexion in unnatürlich weitem Umfange, um 20 Winkelgrade weiter, als am linken Bein. Es ist völlig glaubwürdig, dass ein solches Bein leicht ermüdet, dass damit besonders das Gehen auf unebenem und weichem Boden, wie es der Acker ist, mit der Zeit ganz unmöglich geworden ist; gerade dieses ist eine Geharbeit, bei der die Wadenmuskulatur vorzugsweise angestrengt wird. Andererseits hätte der Fall bei rechtzeitiger Diagnose zu einem schönen functionellen Ergebniss führen können; es hätte sich durch Annageln des abgerissenen Tuber calcanei an seiner normalen Stelle, durch fixirende Verbände und nachfolgende medico-mechanische Behandlung völlige Wiederherstellung erreichen lassen. Und wenn nicht, so hätte Pat. doch schon Jahre lang eine nicht unbedeutende Rente gehabt. So glaubte auch er an einfache Quetschung und liess die Sache ruhig laufen.

(**Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 10.**)

— **Isolirte Luxation der Ulna nach hinten** sah Regimentsarzt Dr. Hand (Beneschau) bei einem Soldaten, der beim Abspringen vom Zweirade auf den linken ausgestreckten Arm gestürzt war. Dieser Arm, dessen Muskulatur schwach

entwickelt erschien, war fast gestreckt, Ober- und Vorderarm beinahe in einer Graden verlaufend, die Ellbogengelenke (Plica cubiti) durch die vorstehende tastbare Trochlea vorgewölbt, das Olecranon rückwärts um ca. 1½ cm höher als gewöhnlich stehend, etwas hervorragend, Radiuskopf in seiner normalen Lage, das Ellbogengelenk selbst dicker, jedoch nicht breiter; active Bewegungen unmöglich, passiv Pro- und Supination ein wenig beschränkt, heftiger Schmerz bei Beugungsversuchen. Die Einrenkung gelang bei dem frischen Fall und der schwach entwickelten Muskulatur leicht. Autor fasste den unteren Humerus im unteren Drittel mit der linken Hand, mit der rechten die Mitte des Vorderarmes, wobei er vorzugsweise die Ulna festhielt, machte eine Supinationsbewegung und extendirte bei leichter Abduction des Armes bis zur leichten Dorsalflexion; gleichzeitig übte er einen Druck mit dem linken Daumen auf das Olecranon gegen den Vorderarm aus. Sofort war das Freiwerden des Proc. coronoides fühlbar, und beim Nachlassen des Zuges schlüpfte letzterer über die Trochlea hinweg. Sieben Tage fester Verband, dann Massage und Bewegungen, später Bäder in Teplitz-Schönau. Gelenk vollkommen functionstüchtig. Wie war die Verletzung zu Stande gekommen? Als Pat. auf den linken ausgestreckten Arm fiel, verlegte er die Hauptstütze auf den kleinen Fingerballen. Der Druck des Bodens wirkte in der Achse der Ulna, das Körpergewicht als Gegendruck auf den Humerus und drängte letzteren gegen die vordere innere Kapselparthie, sodass die Trochlea die Gelenkskapsel durchriss und heraustrat, die Ulna hierbei nach hinten oben sich verschob.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 41.)

**Herpes.** Zu dem Artikel*) über **H. maculosus squamosus** (oder wie die Affection richtiger benannt werden muss: *Pityriasis rosea*) ergreift auch Prof. Dr. O. Lassar das Wort. Das Leiden ist recht harmlos, aber die Befallenen befürchten meist, von einer ernsteren Krankheit ergriffen zu sein; Gründe dafür sind wohl die Aehnlichkeit leichterer Eruptionen (squamöse, blassbräunlichrothe Kreise) mit specifischen Exanthemen, kräftigerer mit Psoriasis oder Ekzema seborrhoicum, die rasche periphere und regionäre Entwickelung, das später zu Reizekzem führende Jucken. Nach erfolgter Erkennung ist die Beseitigung bald zu

*) S. Excerpta S. 19.

bewerkstelligen. Einige Bäder mit gleichzeitiger Theerpinselung, Betupfung mit Theerschwefelsalbe (Ol. Rusci 1,5, Sulfur. sublim. 1,5, Sapon. domest. 3,0, Vaselin. flav. 3,0, Cret. alb. 1,0), Einpastung mit Pasta salicyl. oder Salicyl- (2%), Schwefel- (20%) Paste bewirken in kurzer Zeit den Rückgang. Von praktischem Interesse ist aber speciell die Aetiologie. Fast ausnahmslos kann man feststellen, dass dieses Leiden bei Personen entsteht, wenn sie einige Zeit vorher neu dem Verkaufsgeschäft oder einem anderen Aufbewahrungsort entnommene Wäsche, Unterzeug, Strümpfe getragen haben, ohne diese vorher noch einmal haben waschen zu lassen. Da die Stücke von anderen Menschen noch nicht getragen worden, hält man sie für einwandfrei, ohne zu bedenken, dass in der vielleicht langen Lagerzeit Keime sich eingenistet haben können. Wahrscheinlich können auch Lichen ruber und Psoriasis auf gleiche Weise hervorgerufen werden. Höchst interessant ist diese Uebertragung lebendiger, progressiver Processe von todtem Material auf den Menschen, bei der also nicht von Mensch zu Mensch ansteckende Hautanomalieen ihren Weg von der Aussenwelt auf den menschlichen Organismus finden. Jedenfalls muss das Publikum lernen, mit ungewaschenen Baumwoll- und Wollstoffen vorsichtiger umzugehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 35.)

— **Auftreten von H. infolge einer Ohrfeige** beobachtete kürzlich Dr. Mulert (Plauen i. V.). Eine 16 jährige Arbeiterin will vor zwei Tagen einen heftigen Schlag gegen das rechte Ohr erhalten haben und seitdem an Kopfschmerzen leiden. Untersuchung und Gehörsprüfung ergiebt an den Ohren normale Verhältnisse. Nach einigen Tagen erschien Pat. wieder und klagte, die Schmerzen seien noch heftiger geworden, auch habe sich ein Ausschlag entwickelt. An Ohrmuschel, Stirn, Backen, Kinn und oberer Halsparthie, kurz über die ganze rechte Gesichtshälfte, also ungefähr der Ausbreitung des N. trigemin. und cervic. III entsprechend und die Mittellinie kaum überschreitend, zeigten sich Bläschen von etwa Linsengrösse mit serösem und serös-eitrigem Inhalt, während der Gehörgang weniger betheiligt war und das rechte Trommelfell nur auffallend matt erschien. Pat. gab an, früher nie an einem solchen Ausschlag gelitten zu haben, machte aber im Ganzen den Eindruck, als ob ihr Nervensystem weniger widerstandsfähig sei, sodass bei einem derartig disponirten Individuum das Zusammenwirken von körperlichem und psychischem Trauma

das Auftreten eines H. im Bereich des vom Schlage getroffenen Nervengebiets erklärlich erscheinen lässt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 Nr. 22.)

**Menstruationsanomalieen.** Zur **nasalen Dysmenoorrhoe** liefert Privat-Doc. Dr. E. Opitz (Berlin) einen Beitrag. Die Untersuchungen von Fliess, die eine Wechselwirkung zwischen Nase und weiblichen Genitalien feststellten und die Möglichkeit eröffneten, von der Nasenschleimhaut aus die heftigsten dysmenorrhoischen Schmerzen zu beeinflussen, haben in der Folge theils Widerspruch, theils Zustimmung gefunden. Allerdings musste wohl die Mehrzahl der Autoren die günstigste Wirkung der Cocainisirung resp. Aetzung der sogen. Genitalstellen der Nase anerkennen, aber nur ein Theil wollte darin die Aeusserung anscheinend unerklärlicher reflectorischer Beziehungen zwischen Nase und Genitalien sehen, ein anderer Theil sah in der Wirkung lediglich eine Suggestion. Dass Suggestion mit im Spiel ist, will auch Opitz nicht in Abrede stellen, aber alles auf Suggestion hinzuschieben, das ist keinesfalls richtig. In dieser Ansicht wurde er jetzt bestärkt durch einen Fall, der geeignet ist, auch die Skeptiker zu bekehren. Ein junges Mädchen wollte Hülfe gegen Unmöglichkeit der Nasenathmung, Anosmie, quälenden Stirnkopfschmerz. Es fanden sich in der Nase verschiedene pathologische Veränderungen; so stellte die mittlere Muschel in ihrem vorderen Ende einen nussgrossen Tumor dar, der fast bis zur unteren Muschel herabreichte, die Muschel füllte den mittleren Nasengang völlig aus und verlegte, indem sie sich gegen das Septum presste, die Riechspalte völlig, das Septum selbst war S-förmig gekrümmt und wies zwei Skoliosen auf u. s. w. Es wurde die l. mittlere Muschel resecirt, worauf jene Symptome verschwanden, ausserdem aber noch eine andere Wirkung eintrat: die seit jeher unregelmässigen, sehr starken und äusserst schmerzhaften Menses kamen fortan regelmässig, viel schwächer und schmerzlos. Hier ist doch wohl jede Suggestion ausgeschlossen, da selbst dem Arzte vorher die letzteren Anomalieen unbekannt waren und er erst von der Mutter später von diesem Effect der Therapie hörte; hier ist keine andere Erklärung möglich, als die einer directen Einwirkung von der Nase auf die in den Genitalien empfundenen Schmerzen und auf die Menstruation überhaupt. Ist ein Reflexvorgang im Spiel? Da müsste der Nachweis der Reflexbahn gebracht werden. Anatomisch kann Autor diesen nicht erbringen, er möchte aber auf

eine Thatsache hinweisen, die vielleicht geeignet ist, die Existenz einer nervösen Verbindung zwischen Nase und Genitalien wahrscheinlich zu machen. Manche Thiere produciren zur Brunstzeit Riechstoffe, um das andere Geschlecht anzulocken und bei ihm geschlechtliche Erregungen herbeizuführen. Je mehr der Geruchssinn bei der betreffenden Thierart ausgebildet ist, desto weniger sind es die anderen Sinne. Bei den „Riechthieren" nehmen auch die Bahnen, auf denen die Erregung des Geschlechtssinnes sich abspielt, von der Nase ihren Ausgang. Der Mensch besitzt einen sehr entwickelten Gesichtssinn und benützt zu seiner Orientirung in der Umgebung nur wenig die Nase. Es ist erklärlich, dass bei ihm die reflectorischen Beziehungen zwischen Nase und Geschlechtsorganen wenig hervortreten. Aber die Wirkung von Gerüchen auf die Geschlechtssphäre spielt doch öfters eine Rolle: Es giebt Männer, auf die der Geruch von Menstruationsblut geschlechtlich erregend wirkt, auf andere wirkt so der Geruch von Vanille; die Priesterinnen der Venus vulgivaga bedienen sich bekanntlich sehr stark der Wohlgerüche, um Geschäfte zu machen u. s. w. Wenn es sich da um Geruchsempfindungen handelt, welche den Reiz auf die Genitalien ausüben, so ist es vielleicht nicht unrichtig anzunehmen, dass auch andere Reize, welche auf die Schleimhaut der Nase wirken, ähnliche Wirkungen hervorrufen können. Giebt man aus solchen allerdings unsicheren Anhaltspunkten das Bestehen einer Nervenbahn zwischen Geruchs- und Genitalorganen zu, so ist der nasalen Dysmenorrhoe das Ungewöhnliche genommen. Autor nimmt an, dass also durch eine Reizung von der Nase aus am Uterus Contractionen ausgelöst werden können. Menge meint, dass bei jeder Menstruation Uteruswehen zu Stande kommen, die aber bei normalen Fällen nicht empfunden werden, wohl aber schmerzhaft empfunden werden bei allgemeiner Hyperaesthesie oder bei abnorm starken Contractionen oder bei Entzündungen am Genitalapparat. Nach Theilhaber ist ein Krampf der Ringfasern am inneren Muttermund Ursache der Dysmenorrhoe. Opitz glaubt, die Wahrheit liege in einer Zusammenfassung dieser Ansichten, d. h. die Wehenthätigkeit gehört zum Zustandekommen der dysmenorrhoischen Schmerzen, der Ort ihrer Entstehung aber liegt an den Ringfasern am inneren Muttermund. Hysterie und Neurasthenie haben dabei eine grosse Bedeutung. Wenn nun unter nicht näher bekannten Umständen Erkrankungen an den typischen Stellen der Nasenschleimhaut entstehen, so wird dadurch offenbar reflectorisch

ein Krampf der Uterusmuskulatur, insbesondere des Sphincter internus ausgelöst, welcher die Schmerzen hervorbringt; höchstwahrscheinlich aber ist zum Zustandekommen des Reflexes ein sehr labiles Nervensystem nöthig. Nehmen wir also an, ein neurasthenisches, mit Dysmenorrhoe behaftetes Mädchen will von ihren Schmerzen befreit werden, so kann man das auf drei Wegen erreichen: 1. durch Allgemeinbehandlung; mit Beseitigung der Neurasthenie wird auch die Labilität des Nervensystems und damit die Reflexneurose verschwinden. 2. durch Localbehandlung am Genitaltractus, also durch Dehnung oder Zerreissung der Ringmuskelfasern, Intrauterinstifte u. dgl., wodurch der Krampf des Sphincter internus unmöglich gemacht wird. 3. durch Beseitigung der „Genitalstellen" der Nase, wodurch der Reflexherd eliminirt wird. Auf jedem Wege können Erfolge erzielt werden, und führt der eine nicht zum Ziel, so bietet ein anderer mehr Aussicht auf Erfolg. Autor hat seinerseits mit jeder der 3 Methoden seinen Pat. zu helfen vermocht. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 37.)

**Obstipatio.** Zur **Behandlung der O. im Säuglingsalter** empfiehlt Dr. Clamann (Gross-Schwülper), einen in seinem unteren Drittel reichlich eingeölten, kaum mittelstarken Nélaton-Katheter ins Rectum 15 cm und weiter einzuführen und ihn darin etwas hin- und herzubewegen, sodass der Darm durch diese leichte mechanische Reizung zu austreibender Thätigkeit veranlasst wird. Der Säuglingsdarm reagirt sehr leicht darauf, und meist folgt der Stuhl unmittelbar dem wieder entfernten Katheter; manchmal ist es erforderlich, die Manipulation nach Pausen einige Male zu wiederhohlen. Die Stimulation des Darmes ist freilich nur da angezeigt, wo man dem Organ ein Plus motorischer Leistung zumuthen darf, nicht aber da, wo demselben durch ungeeignete Diaet (zu grosse Mengen fremdartigen Caseins, zu frühe und reichliche Darreichung von Amylaceen) bereits ein Uebermaass von Arbeit aufgebürdet ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 44.)

— Einen **Apparat zum Formen von Stuhlzäpfchen** hat Dr. H. Steinheil (Kochendorf) construirt. Derselbe hat die Erfahrung gemacht, dass eines der wirksamsten Mittel, um namentlich bei Kindern O. zu beheben, das Seifenzäpfchen ist (speciell aus Glycerinseife), das sich aber nicht leicht herstellen lässt ohne besonderen Apparat. Der vom Autor construirte ist zweckmässig und billig (M. 1, Sicherer'sche

Apotheke in Heilbronn a. N.), er arbeitet leicht und sicher. Bei Erwachsenen empfiehlt es sich, zwei Zäpfchen auf einmal einzuführen. (Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 45.)

**Sepsis, Pyaemie.** **Collargol** hat Dr. P. Bong (Köln) in einem sehr schweren Falle von *puerperaler S.*, als Pat. schon fast aufgegeben war, mit eclatantem Erfolg angewandt. Nach Injection von 10 ccm einer 10%igen Lösung in eine Armvene trat sofort die Besserung ein, welche alle vorher angewandten Maassnahmen zu schaffen nicht vermocht hatten, und Pat. genas rasch. Auch in einem zweiten Falle hatte die intravenöse Injection von Collargol gleichen Effect.

(Therap. Monatshefte, October 1903.)

— **Ung. argent. colloid.** empfiehlt Dr. Rommel (Neuzelle) auf Grund reicher Erfahrungen. Die Salbe wurde bei Erwachsenen und grösseren Kindern in Dosen von 3 g, bei kleineren Kindern von 2 g, bei Kindern unter 1 Jahr von 1 g täglich in die Haut (Oberschenkel, Oberarm, Rücken) eingerieben (mit einem mit Leinewand überzogenen grösseren Kork), nachdem letztere gut abgeseift und mit Alkohol gereinigt war. Die Dauer der Einreibung betrug 25 Minuten (bei Kindern 15), worauf Ueberdeckung mit Guttaperchapapier erfolgte. Bei *septischen* Processen (*acuten Phlegmonen, Osteomyelitis, Erysipel, Puerperalfieber, Mastitis, Furunculose*) war die Salbe meist von wunderbarer Wirkung. Sehr gut wirkte sie auch bei *Gelenkrheumatismen, Blinddarmentzündung, Pneumonie, Pleuritis, Influenza, Anginen,* sowie bei *Masern* und *Scharlach,* wo sie sich ebenfalls in zwei grösseren Epidemieen bestens bewährte. Auffallend war während der Masernepidemie, dass alle gleich beim Einsetzen der Erkrankung mit der Salbe behandelten Kinder keine *Mittelohreiterungen* bekamen, während solche bei den anderen recht häufig waren. Wo erst bei beginnenden Ohrenschmerzen und Röthung des Trommelfells die Salbe zur Anwendung kam, ging der entzündliche Process stets zurück. Ja, selbst in Fällen, in denen wegen deutlicher Exsudation hinter dem Trommelfell schon für den nächsten Tag die künstliche Eröffnung in Aussicht genommen war, konnte diese unterbleiben, weil nach den zuvor noch 2 mal täglich vorgenommenen Einreibungen alle Erscheinungen sich wesentlich gebessert hatten und weiter sehr rasch verschwanden. In besonders schweren Fällen kann man ruhig obige Dosen 2 mal täglich anwenden, bei Pneumonie und Puerperalfieber

reibt Autor jetzt täglich 2mal 4—5 g ein, und nie stellen sich unangenehme Nebenwirkungen ein. (Ibidem.)

— **Klysmen von Argent. colloidale bei schwerer S.** empfiehlt Dr. H. S. Loebl auf Grund seiner am k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital (Prof. H. Schlesinger, Wien) gemachten Erfahrungen. In manchen Fällen (dickes Fettpolster, enge Venen) ist die Ausführung von intravenösen Injectionen unmöglich. Credé selbst hat sie hier als schwer ausführbar bezeichnet. Zum Glück sind auch Klysmen recht wirksam. Autor demonstrirt ausser 2 Pat. noch Temperaturcurven von drei Sepsisfällen, einem Puerperalprocess und einer Thrombophlebitis nach Typhus, Beispiele der Wirksamkeit der Collargolklysmen (2mal täglich je 0,15—0,3 in 75,0 Aq. dest.), die überraschend gut war. — Auch Prof. H. Schlesinger betont, dass man im Argent. colloid. eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung septischer Zustände besitzt; intravenöse Injectionen haben noch in verloren erschienenen Fällen geholfen. Aber diese Injectionen sind nicht immer leicht durchführbar, und die Application per rectum ist zweifellos in Bezug auf Wirkung gleichwerthig mit der intravenösen Anwendung des Präparates, sie bedeutet also einen wesentlichen Fortschritt.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 23. October 1903. — Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 44.)

**Stenocardie.** **Theocin als Antistenocardicum** empfiehlt Privatdoc. Dr. Fr. Pineles. Zu gleichem Zwecke hat ja Breuer das *Diuretin* empfohlen, und auch Pineles kann bestätigen, dass Diuretin in allmählich ansteigenden Tagesdosen von 2—3 g zur Linderung und Coupirung von auf Angiosklerose beruhenden Zuständen recht geeignet ist. Aber auch Theocin bewährte sich hier durchaus, wie drei Beobachtungen lehrten. Theocin wurde 1mal des Tages zu 0,2 g gleich nach dem Frühstück gereicht und ebenso an den nächsten beiden Tagen. Meist waren dann die Anfälle gebessert oder beseitigt, und dies blieb so Tage lang oder noch länger, bis wieder auftretende Beschwerden eine neue Ordination des Mittels erheischten. Theocin ist wohlfeiler als Diuretin und verursacht, geschmacklos wie es ist, keine Magenbeschwerden. (Die Heilkunde 1903 No. 10.)

**Syphilis.** Zur **Praeventivbehandlung des Primäraffectes** empfiehlt Dr. E. Holländer (Berlin) die *contactlose Kauterisation.* Diese ist zunächst für die Diagnose des Primär-

affectes von grösster Bedeutung. Wenn man nämlich ein Geschwür contactlos kauterisirt und man nimmt den scharfen Löffel, so kann man mit demselben dann, wenn es sich um eine syphilitische Sklerose handelt, kein Atom Gewebe wegkratzen; der Löffel knirscht auf lederhartem Boden und der Geschwürsgrund blutet nicht. Im Löffel befindet sich höchstens nach lang fortgesetzter Kauterisation etwas Aschenstaub. Handelt es sich aber um ein infiltrirtes, nicht specifisches Geschwür, so kann man den ganzen Geschwürboden auslöffeln; man bekommt ein rundliches Loch, und die Nachbarschaft des wie gekocht aussehenden ausgelöffelten Gewebes blutet; hier hat die entzündliche Schwellung eben eine Sklerose nur vorgetäuscht. Während ferner das Ulcus molle nach der Kauterisation eine schnelle Heiltendenz zeigt, dauert der Vernarbungsprocess bei specifischen Geschwüren wochenlang. Lässt man ohne Contactwirkung einen Hitzestrom von ca. 400° einwirken, so contrahirt sich das Gewebe maximal, wird durch die Hitze vollkommen trocken, mumificirt. Es hängt von der Dichtigkeit des Gewebes und der Intensität der Hitzquelle ab, wie lange man den Hitzestrom einwirken lassen muss, um eine tiefe Wirkung zu erzielen. Der Hauptgegner dieser Tiefwirkung ist der Blutkreislauf; wirksam wird deshalb die contactlose Kauterisation durch Blutleere und Ausschaltung des Kreislaufs unterstützt, Maassregeln, welche am Penis ja recht leicht ausführbar sind. Wie die Erreger des Lupus, so sind auch die der S. gegen Hitze empfindlich, und so erklärt sich die Thatsache, dass mit dieser Methode recht gute Resultate erzielt wurden. In der grössten Anzahl der Fälle verlor nach der Heissluftkauterisation der harte Schanker sofort seinen Charakter, mässige Drüsenschwellungen bildeten sich zurück, und Allgemeinerscheinungen der S. blieben aus oder zeigten sich in sehr milder Weise. Ueber die eigentliche Wirkung kann man ja nur Vermuthungen aussprechen. Der menschliche Körper besitzt jeder Infection gegenüber Schutzstoffe, und bestehen diese im Serum enthaltenen baktericiden Körper aus dem wärmebeständigen Zwischenkörper und dem fermentartigen Complement. Diese Schutzstoffe lassen sich künstlich steigern und herabsetzen. Erhitzt man das Ulcus und seine Umgebung bis zur Mumification, so thut dieser intensive Reiz in gesteigerter Potenz das, was man früher unter der Moxenwirkung als ableitend verstanden hat, und es ist ferner einleuchtend, dass die noch Wochen lang bestehende Granulationseiterung diesen Reactionsvorgang längere Zeit

unterhielt, sodass vielleicht auf diese Weise die natürlichen Schutzstoffe in concentrirter Form ihre Thätigkeit entfalten. Jedenfalls erwies sich die Methode in einer grossen Anzahl der 59 so behandelten Fällen als wirksam, und kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Die verschiedenartige Reaction des Ulcus durum und Ulcus molle auf die contactlose Kauterisation stellt ein objectives Zeichen der Specifität des Geschwürs dar.
2. Die contactlose Kauterisation ist in jedem Falle von Primäraffect, auch den extragenitalen, anwendbar.
3. Durch die contactlose Kauterisation wird das specifisch unreine Geschwür in eine reine Granulationsfläche verwandelt.
4. Durch die contactlose Kauterisation gelang es in einem alle übrigen Methoden weit übertreffenden Procentsatz der Fälle Secundärerscheinungen zu verhindern, trotzdem unter zeitlich ungünstigen Verhältnissen operirt wurde.
5. Der Beweis einer definitiven Heilung scheint für einzelne Fälle durch die Reinfection mil Ulcus durum und durch eine gesunde Nachkommenschaft erbracht zu sein.
6. In den Fällen, in denen eine Allgemeinerkrankung nicht verhütet wurde, wurden schwere Formen von S. vermisst; aus der Spärlichkeit der Manifestationen und der verlängerten Incubationszeit scheint es, als wenn ein milder Verlauf der Krankheit analog den Excisionsresultaten angenommen werden könnte.

(Berliner medic. Gesellschaft 28. IX. 1903. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 46.)

— **Jodferratose** hat Dr. L. Bardach (Kreuznach) neben Soolbädern mit bestem Erfolge angewandt bei S. und *Scrophulose* Erwachsener und Kinder. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Soolbäderbehandlung scrophulöser und luetischer Symptome wird durch die Zufuhr von Jodeisen aufs wirksamste unterstützt.
2. Die Jodferratose, auf Grundlage des Schmiedebergschen Ferratin synthetisch dargestellt, hat sich als vollgültiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inconstant zusammengesetzten Sirup. ferri jodati an zahlreichen Kreuznacher Kranken durchaus bewährt.
3. Jodferratose ist als Antiscrofulosum besonders bei der lymphatisch-anaemischen Form anzuwenden; sie

kann dauernd und ohne Nebenwirkungen für Zähne oder Magen, ohne Jodismus angewendet werden; eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt nach den Ausführungen Schmiedeberg's dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. In der Reconvalescenz von Lues fördert Jodferratose die durch die Hg-Curen herabgesetzte Blutbeschaffenheit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Ueber **Tabes incipiens und S. cerebro-spinalis** lässt sich Dr. A. Schittenhelm (Medic. Klinik Breslau) aus. Unter den Symptomen, welche für die Frühdiagnose der Tabes in Betracht kommen, spielte früher das Fehlen der Patellarreflexe die erste Rolle. Neuerdings wird jedoch nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die reflectorische Pupillenstarre ein häufigeres und früher auftretendes Symptom darstellt. Das anatomische Beweismaterial für diesen auf klinischen Beobachtungen fussenden Schluss brachten in einem Falle Cassierer und Strauss durch Untersuchung eines Falles, bei dem ausser reflectorischer Pupillenstarre keine tabischen Symptome vorhanden waren, obwohl sich im Rückenmark eine typische Degeneration tabischer Natur vorfand. Einen ganz analogen Fall beschreibt jetzt Autor, nur dass derselbe keine sicher nachweisbare luetische Grundlage hat, während jener mit einer tertiären S. combinirt war. Jedenfalls bringt auch dieser neue Fall den anatomischen Beweis für die klinisch feststehende Thatsache, dass *reflectorische Pupillenstarre das früheste und einzige Symptom einer Tabes sein kann.* Wenn einzig und allein eine reflectorische Pupillenstarre zu constatiren ist, so muss zuerst an eine incipiente Tabes gedacht werden. In Differentialdiagnose haben jedoch die progressive Paralyse und die S. cerebro-spinalis zu treten. Grössere diagnostische Schwierigkeiten bereitet zuweilen die letztere, welche ganz unter dem Bilde einer Tabes auftreten kann. Folgende Beobachtung des Autors zeigt wieder die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose: 28jähr. Köchin, hereditär nicht belastet, bekommt 1895 schmerzhafte Drüsenschwellungen in beiden Inguinalgegenden. Keine ärztliche Behandlung. Die Drüsen verschwanden langsam von selbst. 1898 war Patientin 4—5 Wochen wegen eines Ausschlages in poliklinischer Behandlung und bekam auch Jodkali. Im November 1901 wurde sie wegen plötzlich auftretendem Schielen, Doppeltsehen und Abnahme der Sehkraft auf dem linken Auge wieder poliklinisch behandelt. Es wurde

incipiente cervicale Tabes diagnosticirt, weil sich eine linksseitige Abducensparese, ungleiche Pupillen, Opticusatrophie beiderseits und Hypaesthesie im Ulnarisgebiet und in der Gegend der 2. Rippe zeigte. Schon seit langen Jahren hatte Pat. Kopfschmerzen. Seit 4 Jahren sind dieselben zeitweise von besonderer Heftigkeit, mit Erbrechen einhergehend, immer im Hinterkopf sitzend. Am 9. V. 1902 erkrankte sie plötzlich unter sehr starken Kopfschmerzen, Uebelkeit und häufigem Erbrechen; sie fiel um, bekam epileptiforme Krämpfe, und wurde so, Abends 9 Uhr mit Temp. 36,6, Puls 62, benommen ins Krankenhaus eingeliefert; die Pupillen reagirten träge, es bestanden einzelne Zuckungen im linken Facialis und in der rechten oberen Extremität. Am nächsten Tage ergab die Untersuchung einen gewissen Grad von Demenz und eine auffallende Schwerfälligkeit in Sprache und Bewegung. Leeres, ausdrucksloses Gesicht, Schmerz bei Beklopfen des Schädels. Auffallendes Schlafbedürfniss. Ungleichheit der Pupillen bei intacter Licht- und Convergenzreaction; Parese des linken Abducens; atrophische Verfärbung beider Papillen mit grossem, temporalem Gesichtsfeldefect links; geringe linksseitige Facialisparese im unteren Ast. Patellarreflexe sehr lebhaft, ebenso Achillessehnenreflexe. Absolut normale Sensibilität und Motilität. Unsicherer wie taumelnder Gang. Keine Ataxie, kein typischer Romberg. Papuloserpiginöses Syphilid der Nase und sequestrirende Ostitis ebenda. In den nächsten Tagen beständig Klagen über Kopfschmerzen, Rückgang der Facialisparese, dafür Auftreten einer rechtsseitigen Gaumensegelparese; die Sprache zeigte zunehmende articulatorische Störung und Silbenstolpern. Am 6. VI. Beginn einer Schmiercur, nachdem schon die letzte Zeit Jodkali gereicht worden war. Am 13. VI. reagiren die Pupillen reflectorisch träger, die linke schlechter als die rechte; auch consensuelle Reaction links schlecht. Accommodation gut. Am 14. VI. reagirt die linke Pupille weder reflectorisch, noch consensuell, aber accommodativ, die rechte reagirt normal. Am 17. VI. reagirt die linke wieder träge auf Lichteinfall. Am 18. VI. reagiren beide Pupillen gleich gut reflectorisch und accommodativ, am 24. VI. reagirt die linke wieder etwas weniger ausgiebig, wie die rechte; Accommodation beiderseits gut. Abducens- und Facialisparese verschwunden, keine Kopfschmerzen mehr, Gang wesentlich gebessert, Ausschlag beinahe abgeheilt, Intelligenz sehr gehoben, Schlafbedürfniss normal, ebenso Sprache. Am 10. VII. Entlassung der sich

absolut wohl befindenden Pat., die stark zugenommen hat und keine cerebralen Erscheinungen mehr darbietet bis auf die linksseitige Opticusatrophie. Dieser Fall zeigt so recht, wie gross die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sich gestalten können. Der anfangs bestehende Symptomencomplex, die linksseitige Abducensparese, die Ungleichheit der Pupillen, die beiderseitige beginnende Opticusatrophie und die Hypaesthesie im Ulnarisgebiete und auf der Brust in der Gegend der 2. Rippe, musste mit Recht auf die Annahme einer incipienten cerebralen Tabes führen. Schon ½ Jahr später hatte sich der Zustand derartig verändert, dass von der früheren klaren Sensibilitätsstörung nichts mehr zu finden war. Die übrigen Krankheitserscheinungen waren geblieben, und es hatten sich cerebrale Symptome dazu gefunden, welche an progressive Paralyse denken liessen, wenn auch schon damals das schubweise Auftreten und die schwankende Intensität der Lähmungserscheinungen, sowie das Vorhandensein anderer Zeichen sicherer S. mehr für die Annahme einer echten S. cerebri sprachen. Entschieden wurde die Diagnose durch den totalen Erfolg des Traitement mixte, wie er eben nur bei S. cerebro-spinalis erreichbar ist. Charakteristisch war auch schon das fast tägliche Wechseln im Verhalten der linken Pupille bei Lichteinfall, wie es schon Nonne beschrieben als Zeichen von Gehirnsyphilis. Interessant war endlich das selten beobachtete Verschwinden einer completen Sensibilitätsstörung als Ausdruck der spinalen S.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 45.)

**Tuberculose.** Seine Erfahrungen mit **Aspirin,** hauptsächlich in der Phthiseotherapie, theilt Dr. L. Thieme (Heilstätte am Grabowsee) mit. Aspirin bewährte sich besonders als *Fiebermittel,* als welches es gleich günstige Wirkung wie Pyramidon ausübte. Man beginne aber mit kleinen Dosen. 2 mal 0,25 g Aspirin in Abständen von 4—5 Stunden vor dem zu erwartenden Fieberanfall gegeben, genügt, den Temperaturanstieg ganz erheblich zu beeinflussen, resp. denselben zu unterdrücken. Autor hat Fälle gesehen, wo durch ausschliessliche Darreichung von Aspirin völlige Entfieberung eintrat und von Bestand blieb. Warnen möchte Autor vor Anwendung des Aspirins bei Lungenkranken, die zu Haemorrhagieen neigen; er sah in 7 Fällen nach Aspirin Recidive von vorher durchgemachten Blutungen eintreten. Dagegen thut Aspirin ausgezeichnete Dienste in den Fällen, die als leichte Influenza oder als *Erkältungs-*

*zustände* bezeichnet werden können, wo Pat. unter Schüttelfrost und Fieber bis 39⁰ plötzlich erkranken, wie sie ja bei Lungenkranken bei Witterungsumschlag, stürmischem Wetter etc. nur zu leicht eintreten. In solchen Fällen gab Autor zuerst 1 g Aspirin, nach ¼ Stunde ½ Liter heisse Citronenlimonade, nach ½ Stunde nochmals Aspirin (1,5 g). Autor hatte noch Gelegenheit, die prompte Wirkung des Aspirins zu sehen bei 1 Falle von *Pleuritis exsudativa* und 1 Falle von acutem Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber (3 mal tägl. 1 g). Aspirin versagte dagegen bei Kopfschmerz, wo Citrophen viel besser wirkte, und bei Dysmenorrhoe, wo Salipyrin dafür zu empfehlen ist.

(Therap. Monatshefte, September 1903.)

— **Phthisopyrin gegen das Fieber Tuberculöser** wandte Dr. E. Sobotta (Heilanstalt Sorge) mit Erfolg an, allerdings nur in leichteren Fällen, während es in schweren versagte. Das aus Aspirin, Camphersäure und Arsen bestehende Präparat wurde in Tabletten gegeben, die auf 2—3 Tagesdosen vertheilt wurden; Autor begann mit 3 Tabletten (jede enthaltend 0,1 Aspirin, 0,1—0,2 Camphersäure und 0,0005 Acid. arsenic.) und stieg allmählich bis zu 9 Stück, um dann wieder zurückzugehen bis 2—1 Stück pro Tag. Das Mittel wurde stets gut vertragen und kann daher, zumal der Preis ein niedriger ist (100 Tabletten M. 3) wohl als dauernde Bereicherung unseres Arzneischatzes angesehen werden. (Die Therapie der Gegenwart, November 1903.)

— Ueber die **Wirkung des Thiocols** äussert sich Dr. A. Ott (I. medic. Klinik Berlin). Nach den Erfahrungen, die er mit dem Mittel während mehrerer Jahre in den Lungenheilstätten Grünewald und Oderberg gemacht hat, kann er sich dem günstigen Urtheil der anderen Autoren durchaus anschliessen. Die eclatanteste Wirkung ist die überaus günstige Beeinflussung des Appetits, die, abgesehen von ganz hoffnungslosen Fällen, kaum jemals vermisst wird. Damit Hand in Hand geht die Erhöhung des Körpergewichts. Auch die Nachtschweisse lassen nach, Husten und Auswurf bessern sich, der Lungenbefund wird günstig beeinflusst. Diese Wirkungen sind offenbar Folge einer localen Wirkung auf die Magen- und Darmsecretion; daraus ergiebt sich eine Besserung der Resorptionsverhältnisse, daraus resultirt wieder allgemeine Kräftigung des Organismus, mit der natürlich dann die Besserung des Lungenbefundes und der übrigen Krankheitserscheinungen Hand

in Hand geht. Jedenfalls ist Thiocol ein Mittel, dem alle unangenehmen und schädlichen Eigenschaften des Guajakols resp. Kreosots fehlen, während es deren günstige Wirkung eher in erhöhtem Maasse besitzt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 21.)

— **Sanosin** nach Danelius und Sommerfeld hat Dr. M. Behr (Heilstätte Holsterhausen bei Werden) bei 10 Phthisikern angewandt, und zwar 1—4 Monate lang. Da die Heilstätten- und physikalische Behandlung zugleich stattfand, ist es ziemlich schwer, den Effect der Sanosinbehandlung abzuschätzen, doch kann folgendes berichtet werden: Nur in einem Falle wurde der Husten gebessert, nur 1 mal der Auswurf. Die Dämpfung hellte sich 5 mal auf, der Auscultationsbefund wurde 3 mal ein besserer, sowie es auch vielfach durch die physikalische Therapie allein geschieht. Günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens 5 mal. Sehr oft besserten sich Schlaf und Appetit, die Nachtschweisse verloren sich 3 mal. Enthusiastische Lobpreisung des Sanosins ist also wohl kaum am Platze. Besseren Schlaf kann man einfacher durch Schlafmittel schaffen, z. B. durch das vorzüglich wirkende Veronal, Appetit und Allgemeinbefinden werden schon durch die physikalische Therapie meist recht günstig beeinflusst, die Beseitigung der übrigen pathologischen Erscheinungen aber erscheint nicht so bedeutend, dass man den Heilwerth des Sanosins hoch anzuschlagen berechtigt wäre. Ausserdem ist die Cur ziemlich kostspielig, also kaum als populär zu betrachten. Es liegt also ein wesentlicher Fortschritt in der Therapie der T. hier nicht vor. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 46 u. 47.)

— Einen **Beitrag zur Mechanotherapie der Lungenphthise** liefert Dr. H. Cybulski (Görbersdorf). Die Behandlung der Lungentuberculose durch systematische Beklopfung des Brustkorbs, hat Erni vor einigen Jahren beschrieben, und es wurden Erfolge von vielen Seiten bestätigt. Bei diesem „tapotement“ des Brustkorbes nimmt der Pat. mit vollständig entblösster Brust auf einem Stuhle Platz. Nachdem die Brust mit einer Salbe gut eingefettet ist, beginnt der Arzt mit dem Klopfen in Form von kurzen, ziemlich starken, rasch aufeinanderfolgenden Schlägen. Die ganze Procedur dauert 3—5 Minuten. Auf diese Weise umkreist man den ganzen Brustkorb, wobei man die Supraclaviculargruben, die Schlüsselbeine, die Brustwarzen und Brüste als sehr empfindliche Theile vermeidet.

Man bedient sich eines starken Spatels oder eines schweren Papiermessers aus Metall im Gewichte von 75—100 g und führt die Schläge mit der flachen Seite kurz und rasch aus, indem man das Instrument zwischen Zeigefinger und Daumen hält und nur das Handgelenk spielen lässt. Die Pat. empfinden meist in den ersten Sitzungen Schmerzen. sie gewöhnen sich aber sehr bald daran, und nur sehr abgemagerte oder sehr fette ertragen den Eingriff wegen Schmerzen schwer. Nach dem tapotement färbt sich die Haut lebhaft roth, manchmal sieht man sogar subcutane Blutaustritte. Die Pat. empfinden jetzt ein Erfrischungsgefühl. Bei kräftigen Pat. kann die Massage täglich, sonst jeden 2. bis 3. Tag ausgeführt werden. Im Allgemeinen genügen 20—30 Sitzungen, um Erfolge wahrzunehmen. Erni wandte die Methode bei 650 Fällen an; er beobachtete darauf Sinken der Temperatur, Besserung der Dyspnoe, der Nachtschweisse, Zunahme des Appetits und des Körpergewichts, Verbesserung der Blutbeschaffenheit, und vor allem Erleichterung der Expectoration; letztere wird schon nach einigen Sitzungen eine viel bessere. Als besonders geeignet für den Eingriff sah Erni Höhlen in der Lunge an, welche sich rasch reinigen, sowie trockene Pleuritiden. Neigung zu Blutungen bildet keine Contraindication, im Gegentheil, eine grosse Anzahl solcher Pat. hatten viel weniger Blutungen als vorher; dagegen können Spuren von Blut sehr leicht nach den Massagen auftreten. Diese Angaben wurden vielfach bestätigt, u. a. von Prof. Sahli. Die Wirkung der Massage besteht zuerst in einer starken Durchblutung der Lungen, infolge Erhöhung des Blutdrucks. Die Vermehrung der Expectoration beruht unzweifelhaft auf Krampf der glatten Muskelfasern der kleineren und kleinsten Bronchien. Auch Cybulski hat von der Methode schöne Erfolge gesehen; bei manchen Pat. setzte die Tendenz zur Heilung erst mit Beginn der Massage ein. Freilich eignen sich nicht alle Fälle dafür, aber in 60% der Fälle bewährte sie sich. Die geeigneten Fälle herauszufinden ist nicht leicht. Am besten scheint die Methode zu wirken bei frischen Fällen (selbst mit erhöhten Temperaturen) mit zahlreichen feinblasigen Geräuschen, sowie bei sehr alten Fällen von Phthise. Grosse Cavernen, trockene Pleuritiden und im Allgemeinen das Ergriffensein der unteren Lappen ergeben keine guten Resultate. In manchen Fällen von Phthise ist die Wirkung eine recht auffallende, namentlich bezüglich der Expectoration. Vorsicht ist nöthig, man beobachte genau, wie

Pat. darauf reagirt. Ausser bei Phthise soll nach Goeber die Methode recht gut bei *Emphysema pulmon.* wirken. Möglich wäre ein guter Erfolg auch bei Asthmaanfällen, sowie bei capillärer Bronchitis, wo ja der ganze Process in einer Stagnation des Secrets in den kleinsten Bronchien und Alveolen besteht.

(Die Therapie der Gegenwart, September 1903.)

**Tumoren.** Einen **Beitrag zur Klinik der T. der Hypophysis** liefert Dr. H. Rosenhaupt (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.). Eine 39 jähr. Frau erkrankte vor 4 Wochen unter fieberhaften Erscheinungen, hatte auffallend viel Durst und grosse Urinmengen. Die als „Influenza" gedeutete Krankheit dauerte unter wechselndem Fieber und fortbestehenden grossen Urinmengen bis zum Eintritt ins Krankenhaus an. Pat. klagte da über heftige Kopfschmerzen, viel Durst und sehr viel Urinlassen, Mattigkeit, leichte Sehstörungen. Pat. starb nach 12 Tagen plötzlich. Der Verlauf bis dahin war ganz der eines fieberhaften entzündlichen Processes, den man mit Rücksicht auf eine von Tag zu Tag zunehmende Schwellung der Schilddrüse als Strumitis deuten konnte. Im auffallenden Gegensatz zur Höhe des Fiebers stand Menge und Beschaffenheit des Urins. Dieser schwankte zwischen 1½ und 8 L. und hatte niederes specif. Gewicht. Mit dem gesteigerten Durst konnte die Polyurie nach der Analogie mit den gewöhnlichen Beobachtungen im Fieber nicht zusammenhängen. Denn man findet da trotz gesteigerten Durstes doch stets Abnahme der Urinmengen und Zunahme der festen Bestandtheile. Der Gedanke, dass es sich um centrale Vorgänge handelte, lag nahe, und wurde noch gestützt durch den allerdings geringfügigen ophthalmoskopischen Befund (Andeutung einer Neuritis optica resp. Stauungspapille). Ein weiteres verdächtiges Symptom bildeten Nieskrämpfe, die aber ja auch functioneller Natur sein konnten. Aber wie liessen sich die Symptome mit der Struma combiniren? Da lag etwas ganz Unbekanntes vor. Die Diagnose bewegte sich mehr nach der Annahme eines central bedingten Diabetes insipidus, für den vorerst keine greifbaren Ursachen angenommen werden konnten. Erst die Art des Todes, der plötzlich nach einer kurz vorhergehenden Schlucklähmung unter Lungenoedem erfolgte, machte die Annahme eines im IV. Ventrikel sitzenden Tumors wahrscheinlich. Es ist bekannt, dass Gehirntumoren verschiedenen Sitzes, vor allem aber T. des Cerebellums und

verlängerten Markes plötzlich unter Athemlähmung häufig zum Tode führen. Die Obduction deckte aber ein Sarkom an der Hypophysis auf! Dass keine markanten Erscheinungen, die sonst bei Veränderungen an dieser Stelle sich zeigen, hier aufgetreten waren, lag wahrscheinlich daran, dass der Fall zu rasch verlief, als dass der Gesammtorganismus hätte auf die Hypophysenveränderung reagiren können. Vielleicht waren aber die Nieskrämpfe hierauf zurückzuführen. Es ist festgestellt, dass Reizung der Nasenschleimhaut durch Ammoniak dieselben Blutdruckveränderungen hervorruft, wie Druck auf die Hypophysis oder elektrische Reizung derselben, also gewisse Wechselbeziehungen zwischen Hypophysis und Nase existiren. Aber woher die Polyurie und das Fieber? Temperaturanstiege und Abfälle sind ja bei T., die sich wie hier im Stadium der Gerinnungsnekrose befinden, nichts Auffälliges. Die Resorption der Zerfallsproducte könnte hinreichend das Fieber (aber nicht die gleichzeitige Polyurie!) erklären, wenn auch hier die Höhe des Fiebers die Auffassung desselben als Resorptionsfieber sehr erschütterte. Nun haben 1884 Sachs und Aronsohn ein Wärmecentrum im Grosshirn, und zwar auf der Innenseite des Corpus striatum nachgewiesen, dessen Reizung durch Erhöhung der Wärmeproduction die Körpertemperatur ansteigen lässt. Bei der Lage obigen Tumors ist eine directe Druckwirkung auf dies Centrum leicht möglich. Die Erfahrung, dass durch Veränderung der Circulationsverhältnisse die Grösse von Gehirntumoren wechseln kann, erklärt auch das Auf- und Absteigen der Temperatur in obigem Falle. Unerklärt bleibt jedoch zunächst die in offenbarem Zusammenhang mit dem Temperaturanstieg stehende beträchtliche Vermehrung der Harnmenge. Wenn man diese auf eine Reizung des Claude-Bernard'schen Diabetescentrums zurückführt, so muss man annehmen, der Druck des Tumors habe bis in den IV. Gehirnventrikel, an dessen Boden dieses Centrum liegt, gewirkt. Diese Annahme erscheint jedoch, zumal hier Erscheinungen von stärkerem Hirndruck fehlen, sehr problematisch. Es bliebe nur noch die Annahme eines im Vorderhirn gelegenen, bis jetzt experimentell noch nicht erkannten Diabetescentrums übrig. Ein solches wurde allerdings bereits mehrfach vermuthet in der Nähe des Sachs-Aronsohn'schen Wärmecentrums in der Gegend des Tuber cinereum. Mit dieser Voraussetzung ist die Erklärung des Temperaturanstieges mit Polyurie leicht; der Druck des Tumors hätte dann als Reiz auf

die im Tuber cinereum eng beieinander liegenden Centra, für die Wärmeproduction und den Diabetes insipidus eingewirkt. Was schliesslich die Geringfügigkeit des ophthalmoskopischen Befundes anbelangt, so erklärt sie sich wohl im Wesentlichen daraus, dass die Ausdehnung des Tumors sich in der Hauptsache nach der Trichtergegend zu erstreckte, also nur geringen Druck auf den Sehnerven und seine Gefässe ausüben konnte. In obigem Falle war ausser der Hypophyse auch die Thyreoidea an der Geschwulstbildung betheiligt; wo der primäre Tumor war, ist schwer zu entscheiden, jedenfalls bestehen enge Beziehungen zwischen beiden. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 39.)

— Ueber **einen mit Röntgenstrahlen geheilten Fall von Carcinoma mammae** berichtet Dr. A. Kronfeld (Wien). Die von Primarius Dr. Schnitzler dem Institut von Prof. Schiff überwiesene Pat. bot am 7. II. 1903 folgenden Status praesens dar: Die ganze linksseitige obere Thoraxhälfte von einem Tumor eingenommen, der breithalsig dem Thorax aufsass, mit der Unterlage fest verwachsen, zum grössten Theil von derber Consistenz war. Der Tumor zog sich vom linken Sternalrand bis in die Achselhöhle, war dort mit den Drüsen zu einem derben Knollen verwachsen, an der Stelle seiner grössten Breite etwa 8 cm breit, an der Stelle seiner grössten Höhe 5 cm hoch, mit grösstentheils ulcerirter, mit jauchigem Secret bedeckter Oberfläche, die bei leisester Berührung leicht blutete. An der untersten Peripherie sassen 10—12 haselnussgrosse Tumoren, die gleichfalls leicht bluteten. Am Rücken der entsprechenden Seite 5 derbe Knoten von derselben Grösse. Unterhalb des Knollens in der Achselhöhle ein taubeneigrosser, kraterförmig vertiefter Defect mit nekrotischen Rändern und zerfallenem Grunde, von jauchigem Secret erfüllt. Die Drüsen der Supra- und Infraclavicularparthie zu derben Packeten angewachsen. Pat. leidet sehr unter den lancinirenden Schmerzen, angeblich seit 11 Jahren. Die Diagnose von Prim. Dr. Schnitzler lautete: Inoperables Carcinom der linken Mamma mit lenticulären Metastasen in der Haut. Ein Versuch mit Röntgenstrahlen erschien hier ziemlich aussichtslos. Solatii causa wurde er jedoch gemacht, und schon nach der 3. Bestrahlung liessen die heftigen Schmerzen wesentlich nach, die jauchige Secretion verminderte sich. Einige Tage darauf zeigte der Tumor schon ein wesentlich verändertes Bild: eine gereinigte, fast nicht mehr secernirende Geschwürsfläche, die

Tumefaction der Thoraxhälfte fast gänzlich zurückgegangen, die Hautmetastasen in Ueberhäutung begriffen und wesentlich verkleinert. Bei Fortsetzung der Bestrahlung konnte man fast täglich eine Besserung constatiren. Mittlerweile traten leichte Reactionserscheinungen in der Umgebung auf, weshalb Schiff nach der 20. Sitzung die Behandlung sistirte. Die objectiven Erscheinungen gingen consequent mehr und mehr zurück. Am 5. VI. sah man mit Ausnahme einiger weniger oberflächlich excoriirter Parthieen eine glatte, von leicht erweiterten Capillaren durchzogene Narbe. Hautmetastasen geschwunden, subjectives und Allgemeinbefinden auffallend gebessert. — Dr. Perthes (Leipzig) hat, wie er in der *Discussion* hervorhebt, einen deutlichen Einfluss im Sinne der Heilung bei keinem der von ihm bestrahlten Carcinome ausbleiben sehen. Geheilt wurden von 8 Fällen von Hautcarcinomen des Gesichts 4, die anderen sind noch in Behandlung. Von 6 Fällen von Carcinoma mammae wurde keiner völlig geheilt. In dem günstigsten Falle, wo local Heilung des Recidivs erzielt schien, bildete sich eine Wirbelmetastase aus. Von 2 Fällen von Lippencarcinom ist das jedesmal mehr als die Hälfte der Unterlippe einnehmende Carcinom nach einmaliger intensiver Bestrahlung (40 Minuten) unter Hinterlassung einer flachen, solide vernarbten Vertiefung der Unterlippe völlig geschwunden. Die Fälle sind noch zu jung, um ein Urtheil hinsichtlich der Frage der Dauerheilung zuzulassen. Mikroskopische Untersuchung von Probeexcisionen bestrahlter Carcinome in verschiedenen Stadien ergab Degeneration der Krebsepithelien als Folge der Bestrahlung und starke Leukocytenanhäufung um und zwischen den Epithelzellen, welche dann der Resorption verfallen.

(Naturforscherversammlung in Cassel. — Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 47.)

**Urticaria.** **U. nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract** beobachtete Prof. A. Rosenberg (Berlin). Angioneurotische Störungen in der Haut als nasale Reflexerscheinungen sind bekannt, auch sah Joal U. nach dem Geruch aromatischer Essenzen oder Blumen auftreten. Ob Rosenberg's Fall in diese Rubrik gehört oder direct durch das Medicament hervorgerufen ist, kann Autor nicht entscheiden. Ein 20jähr. Mädchen, das nie an Hautaffectionen gelitten, zeigte Beschwerden, die an eine rechtsseitige Nasen-Nebenhöhlenerkrankung denken liessen. Um den durch die geschwollene untere Nasenmuschel verlegten mittleren

Nasengang der Besichtigung zugänglicher zu machen, legte Autor in denselben ein etwa halberbsengrosses, mit Nebennierenextract getränktes Wattebäuschchen ein. Pat. gab an, dass dasselbe ihr eine unangenehme Geruchsempfindung verursache, obwohl es für den Autor selbst vollkommen geruchlos war. Einige Stunden später bekam Pat. einen aus rothen Quaddeln bestehenden Ausschlag, der furchtbar juckte und erst Tags darauf verschwand. Nach 8 Tagen wurde ein ebensolches Wattebäuschchen eingelegt, und wieder entwickelte sich eine U., während ein experimenti causa mit Wasser oder Cocain getränktes Wattebäuschchen keine Störungen hervorrief. Man könnte da wohl eine medicamentöse U. annehmen, wenngleich der Wattebausch nur wenige Tropfen Nebennierenextract enthielt und diese wohl auch kaum zur Hälfte resorbirt wurden. Andererseits konnte der Reflex auch durch Reizung des Olfactorius ausgelöst worden sein, da die Pat. eine unangenehme Geruchsempfindung hatte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 41.)

— Ueber **urticarielles Oedem** lässt sich Dr. B. Löwenheim (Liegnitz) aus. Die Affection tritt in Niederschlesien recht häufig auf, Autor sah bisher 140 Fälle dieses plötzlich auftretenden Oedems, das in der Litteratur verschiedene Namen hat: Oedema circumscriptum acutum (Quincke), Oedema angioneuroticum (Strübing), Hydrops hypostrophos (Schlesinger), urticarielles Ekzem (Neisser). Da der Symptomencomplex, soweit er sich auf der Haut localisirt, in Niederschlesien zweifellos mit Oedemen einsetzt, während die ekzematösen Erscheinungen secundärer Natur sind, und ausserordentlich oft sich U. hinzugesellt, wählte Autor den Namen urticarielles Oedem für diese Affection, die er für eine ganz bestimmte Infections- oder miasmatische Krankheit hält, welche strict an die Niederung gebunden ist. Liegnitz liegt mitten in sumpfigem oder Ueberschwemmungsterrain, erzeugt durch das Flüsschen Schwarzwasser, das nach den häufig eintretenden Ueberschwemmungen Seen und Tümpel reichlich bildet. Es treten auch zu manchen Zeiten dort wahre Endemieen von Neuralgieen auf, die sich zumeist am Ischiadicus localisiren, doch ebenso oft im Gesicht, wo sie recht häufig mit Schwellungen einhergehen. Diese Erkrankungen sind nur in der Niederung vorhanden, besonders im Grundwassergebiet des Schwarzwassers, fehlen aber durchaus in der gebirgigen nächsten Nachbarschaft. So kamen dem Autor an einem Montag

5 Fälle zur Kenntniss, welche am vorhergehenden Spätnachmittag dieselbe Gegend passirt hatten. Auffällig ist, dass diese Erkältungen durchweg kurz nach Untergang der Sonne zu Stande kommen, zu welcher Zeit sich auf jenen Bruchwiesen dichter Nebel entwickelt, während zugleich vom Gebirge her einige Zeit ein heftiger Wind weht. Besonders disponirt erscheinen Frauen in mittleren Jahren, sowie noch nicht acclimatisirte Menschen. Die Fälle, die oft mit Influenza verwechselt werden, sind meist acuter Natur. In der Mehrzahl ist das Gesicht dick geschwollen, besonders die Augenlider, Mundschleimhaut und Conjunctiva oft hochgradig verdickt, daneben recht häufig typische U., Magen- und Darmstörungen, vereinzelt bronchiale Affectionen. Gelegentlich eines mit hohem Fieber, Bewusstlosigkeit und U. aufgetretenen Anfalls, der ganz den Eindruck einer Apoplexie machte, beobachtete Autor nach Verlauf einer halben Stunde Rückgang der bedrohlichen Erscheinungen; die restirende motorische Sprachlähmung und Parese der Muskulatur des linken Auges und beider Arme verschwanden ebenfalls nach kürzester Zeit. Neuralgieen fehlen fast nie und machen sich auch in der anfallsfreien Zeit häufig in geringem Maasse bemerkbar. Das Fieber ist intermittirend. Meist treten die Anfälle gegen Abend auf. Die langdauernden, consumirenden Schüttelfröste, die den Autor selbst stets gegen Abend befielen, sind sehr unangenehm; am Tage war Autor fast fieberfrei und arbeitsfähig. Milzschwellung konnte Autor nie constatiren. Die so häufigen Schwellungen des Gesichts sind wohl auf besondere Aufnahmefähigkeit der Schleimhäute zu beziehen; Ohr, Mund, Zähne wirken auf die Wangen, die Nase mit ihren Nebenhöhlen besonders auf Lider und Stirn ein. Andere Hautkrankheiten als U. combiniren sich selten mit dem Bilde. Ekzem tritt nie primär auf, wenn es auch natürlich secundär die namentlich durch die bisweilen enorme Spannung geschädigte Haut leicht ergreifen kann; unterstützend werden dabei wohl Reiben mit den Händen, event. auch nicht ganz vorsichtige Behandlung wirken. Aeusserlich sei letztere sehr vorsichtig, Umschläge und milde Salben. Medicamentös lässt sich häufig Chlorcalcium mit zauberhaftem Erfolg namentlich bei frischen Affectionen verwenden. So ging z. B. eine Riesenschwellung der Zunge in 2 Stunden zurück, nachdem sie vorher eine ganze Woche bestanden hatte. Auch Salicyl und Chinin leisten gute Dienste.

**(Dermatolog. Section der Naturforscherversammlung in Karlsbad. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 45.)**

# Vermischtes.

— Zur **Behandlung des Scheintodes Neugeborener** empfiehlt Dr. W. Zangemeister die *künstliche Zufuhr von Sauerstoff*, mit welcher Methode er, speciell bei schweren Formen des Scheintodes, in verhältnissmässig kurzer Zeit, prompten Erfolg erzielt hat. Das Verfahren ist sehr einfach und schonend und allen anderen Methoden dort vorzuziehen, wo man comprimirten Sauerstoff zur Hand hat, und wo die Asphyxie so schwer ist, dass man länger dauernde künstliche Athmung nöthig hat. Der in einem (dünnwandigen) Gummiballon aus dem Stahlcylinder entnommene Sauerstoff wird durch einen Trachealkatheter langsam unter *schwachem* Druck auf den Gummiballon in die (vorher gereinigte) Trachea eingeblasen. Nachdem die Lungen sich langsam ausgedehnt haben, übt man einen vorsichtigen Druck anf den Brustkorb aus, wodurch die Luft *neben* dem Trachealkatheter (derselbe darf nicht zu dick sein!) wieder entweicht; lässt man mit dem Druck nach, so dehnt ein leichter Druck auf den Sauerstoffballon die Brust wieder aus u. s. w. Transportable Apparate 60 l Sauerstoff, Gewicht 4 kg) in einer Handtasche unterzubringen, stellt das Medic. Waarenhaus in Berlin her.

(Centralblatt für Gynaekologie 1903 No. 39.)

— **Borsäure ist kein indifferenter Körper,** das beweist wieder eine Beobachtung von Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.), der bei einem Pat., wenn derselbe sich die Eichel mit 10%iger, ja auch mit 5%iger Borvaseline einfettete, sofort eine ziemlich heftige Dermatitis bullosa auftreten sah. Also kann die Borsäure bei manchen Individuen, selbst in ganz geringen Quantitäten local angewandt, recht unangenehme Eigenschaften entfalten.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 42.)

— Ueber **Thiosinamin und seine Anwendung** berichtet Dr. Alfr. Lewandowski (Berlin). Das Mittel führte 1892 v. Hebra in die Therapie ein und erklärte es für ein Präparat, welches

1. auf Lupusgewebe in günstiger Weise einwirkt,
2. das Narbengewebe so sehr erweicht und flexibel macht, dass die verschiedensten, vorhanden gewesenen Störungen beseitigt werden,
3. eine intensive verkleinernde Wirkung auf Drüsentumoren ausübt,

4. auf Cornealtrübungen aufhellend wirkt,
5. die Resorption in die Gewebe gesetzter Exsudate begünstigt.

Bestätigungen von anderer Seite erfolgten mehrfach. In der kgl. Charité wurde Thiosinamin seit 1893 häufig und erfolgreich angewendet in Form einer 15%igen alkoholischen Lösung. Eine ungünstige locale oder allgemeine Wirkung wurde nach den Injectionen nie beobachtet. Letztere erfolgten stets am Unterarm, wobei mit 3 Theilstrichen begonnen, 2mal wöchentlich und rasch bis zur vollen Spritze gestiegen wurde; in gewissen Fällen wurde sogar 3—4mal wöchentlich, ja kurze Zeit über täglich injicirt, ohne dass Schädigungen sich zeigten. Angewendet wurde das Mittel bei Narben ganz gleich welcher Provenienz (Verletzungen, Verbrennung etc.), Keloiden, Sklerodermie, Psoriasis chron. hyperplastica, Adhaesionen entzündlicher Art, Gelenkcontracturen, Hornhautflecken, hinteren Synechieen nach Iritis. Es drängte sich aber immer mehr die Auffassung auf, dass die Indicationen damit nicht erschöpft sein könnten, sondern dass es wohl ermuthigend sein müsse, überall da im Inneren des Körpers, wo es sich um Narbengewebe oder ihm verwandtes Organisationsgewebe handelte, ja sogar wo Neubildungen sich einstellten, die auflösende Kraft des Thiosinamin zu versuchen. In der That erwies sich diese Ueberlegung in manchen Beziehungen recht fruchtbar. Natürlich konnte es nicht in den Sinn kommen, durch Thiosinamin etwa den Ablauf maligner Processe aufhalten zu wollen, aber es war die Möglichkeit gegeben, die durch maligne Processe, besonders nachdem sie operirt und event. recidivirt waren, bedingten sehr quälenden Zustände zu bessern. Von überaus günstiger Wirkung war z. B. das Mittel bei einem Falle von 2mal operirtem Carcinoma linguae, der recht traurig aussah. Dieser Erfolg musste den Gedanken nahe legen, an allen den Pat., bei denen nach Operationen die quälenden Erscheinungen von Seiten der Narbe das Bild beherrschten, die Wirkung des Mittels zu versuchen. Es eröffnete sich hier ein weites Feld der Thätigkeit: man denke nur an die vielen Unterleibsoperationen an Blinddarm, Gallenblase, Magen, Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane und ihrer Adnexe, an die Lageveränderungen des Uterus, an die so häufigen Verwachsungen mit Rectum und Blase! Aber auch als prophylaktisches und präparatorisches Mittel müsste Thiosinamin sich nützlich erweisen. Bei der absoluten Gefahrlosigkeit scheint es geboten, in einem Falle, wo Operation nöthig

wird, wegen Beschwerden, die auf Verklebungen, Adhaesionen, Strängen etc. zurückzuführen, mit Thiosinamin einen Versuch zu machen, um mindestens die Operationschancen zu verbessern. Man denke, wie oft nach Gallensteinoperationen nach der Operation durch Verwachsungen Beschwerden zurückbleiben! Man denke an gewisse Arten von Obstipatio. Bekanntlich entwickeln sich mit besonderer Vorliebe an den Krümmungen des Colons die chron. partiellen Peritonitiden, welche die chron. Koprostase so sehr begünstigen. Hierhin gehören z. B. die Adhaesionen am Wurmfortsatz, die auch vergesellschaftet vorkommen mit Affectionen der weiblichen Genitalien. Auch für viscerale Neuralgieen ist oft in Adhaesionen des Dickdarms die Ursache zu suchen. Ueberall hier wäre Thiosinamin heranzuziehen. Nach der Seite der Neubildungen waren von grossem Interesse die bei Rhinophym erzielten Erfolge; es kam zu erheblichen Verkleinerungen solcher Nasen. Einer Allgemeinbehandlung, wie sie bei Rosacea stets eingeleitet wurde (Regelung der Diaet, aller Ausscheidungen, Anregung des Stoffwechsels, Massage, heisse Bäder, locale Scarificationen etc.) sind eben die schwersten Formen nicht mehr zugänglich, wohl aber, wenn daneben Thiosinamin angewandt wird. Es wurden so sehr erfreuliche Resultate erzielt. Aus seinen Erfahrungen und denjenigen anderer zieht Autor folgende Schlüsse:

1. Thiosinamin ist als ein für den Gesammtorganismus unschädlicher Stoff ansusehen,
2. seine Anwendungsweise geschieht vorläufig am zweckmässigsten in Gestalt von subcutanen Injectionen 15 %iger alkohol. Lösungen. Ueber innerliche Darreichung ist das Urtheil noch auszusetzen, die Anwendung in Form von Pflastermullen kann zu heftigen Reizungen führen;
3. eine Erklärung seiner electiven Wirkung ist zur Zeit nicht zu geben.
4. Indicirt ist seine Anwendung
   a) bei allen narbigen Zuständen der äusseren Haut und des inneren Körpers, ganz gleich, welcher Provenienz die Narbe ist; so ist es erfolgreich bei allen Hautnarben, Verbrennungen, Lupus, Carcinom, bei Adhäsionen, Verklebungen, Verwachsungen innerer Organe untereinander und mit serösen Häuten, ferner bei Keloiden, Sklerodermie und Rhinophym,

b) als präparatorisches Mittel *vor* Operationen, welche wegen gefährlicher Verwachsungen Schwierigkeiten bereiten,

c) als narbenerweichendes Mittel *nach* Operationen, wo die Narbe die Ursache der postoperativen Beschwerden ist,

d) in der Augenpraxis bei allen Hornhautflecken, Cataract, iritischen Verwachsungen, Choroiditis disseminata exsudativa,

e) bei jenen Fällen von Schwerhörigkeit und Taubheit, die durch fibröse Massen und narbige Veränderungen im inneren Ohr verursacht werden.

5. Seine Anwendung ist contraindicirt oder nur mit grosser Vorsicht erlaubt, wenn die Möglichkeit vorliegt, dass acute oder eben abgelaufene entzündliche Processe durch ihr Aufflammen dem Organismus Gefahr bringen könnten (frische Keratitis). Liegt eine Propagation der Entzündung im Rahmen der therapeutischen Absicht, steht seiner Anwendung nichts im Wege.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1903.)

— **Ichthyol- und Jodvasogen** hat Dr. J. W. Frieser in zahlreichen Fällen mit bestem Erfolge angewandt. Das *Ichthyolvasogen* bewährte sich vor allem in gynaekologischen Fällen, bei acuten und chronischen entzündlichen Processen der Sexualorgane, Adnexerkrankungen, *para- und perimetritischen Exsudaten*. Durch Einlegen von in 10%iges Ichthyolvasogen getränkten Scheidentampons wurden diese Affectionen rasch beeinflusst, wobei auch die schmerzlindernde Wirkung deutlich hervortrat. Auch Einpinselungen resp. Einreibungen auf die druckempfindlichen Stellen des Abdomens leisteten gute Dienste. Bei Scheidenkatarrhen mit starkem *Fluor*, auch in 2 hartnäckigen Fällen, wo die Therapie bis dahin nichts erreicht, wurden durch 2—3mal wöchentliches Einführen der Tampons bemerkenswerthe Resultate erzielt. Bei *Vulvovaginitis* ebenso durch Pinselungen. Das Präparat bewährte sich aber auch bei entzündlichen Gelenkaffectionen und *Gelenkrheumatismen* bestens, desgleichen bei *Ischias*, *Lumbago*, *Erysipel.* Als sehr geeignetes Ersatzmittel für Jodtinctur und Jodsalben erwies sich *Jodvasogen;* hohes Resorptionsvermögen, energische percutane, doch milde und reizlose Wirkung, die dabei recht ausgiebig und nachhaltig ist, zeichnen das Präparat aus, mit dem der Autor in 52 Fällen stets sehr

gute Erfahrungen machte; so bei *Pleuritis*, *Typhlitis*, *Perityphlitis*, *Lymphdrüsenentzündungen*, *fungösen Knochenprocessen*, *torpiden Unterschenkelgeschwüren*, *tuberculösen Geschwüren u. s. w.*

**(Therap. Monatshefte 1903 Nr. 11.)**

---

# Bücherschau.

— Der bei A. Hirschwald (Berlin) erscheinende und von Wehmer herausgegebene **Medicinal-Kalender** hat auch in diesem Jahre Form und Inhalt im Allgemeinen beibehalten, natürlich abgesehen von mannigfachen zeitgemässen Umarbeitungen, die der Herausgeber stets ausführt, um dem Kalender das actuellste Gepräge zu geben. Auch im II. Theile, der die Personalien und medicinalgesetzlichen Bestimmungen in den verschiedenen deutschen Staaten enthält, bemerkt man die ergänzende und verbessernde Hand. Der Kalender mit seinem reichen Inhalt wird sicher wieder aufs beifälligste aufgenommen werden.

— Ein Werk, das das gesammte Gebiet der Urologie in übersichtlicher Form behandelte, fehlte bisher. Diesem Mangel hat L. Casper abgeholfen mit seinem im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien und Berlin) erschienenen **Lehrbuch der Urologie** (Preis: Mk. 14), das alle dazu gehörigen Gebiete umfasst. Der Autor bespricht also, nachdem er im „Allgemeinen Theil“ das Krankenexamen, Anatomisches und Physiologisches über den Tractus genitourinalis, die physikalischen Untersuchungsmethoden, die physikalische, chemische und mikroskopische Untersuchung der Secrete abgehandelt, im „Speciellen Theil“ die Krankheiten der Harnröhre und des Penis, der Harnblase, der Prostata, des Hodens, Nebenhodens, Samenstrangs, der Samenblasen, der Nieren, Harnleiter, endlich auch die functionellen Störungen des Sexualapparates. Um dieses grosse Gebiet in knapp 500 Seiten eingehend besprechen zu können, dazu bedurfte es der präcisen und klaren Darstellungsweise, über die der Autor verfügt, und die wieder zum Theil daraus resultirt, dass der Verfasser in diesen Gebieten völlig zu Hause ist und reiche persönliche Erfahrungen besitzt. Hat er doch durch seine Untersuchungen und praktischen Bethätigungen zur Vervollkommnung unserer

Kenntnisse auf diesem Gebiete persönlich sehr viel beigetragen und sich um diesen Theil unserer Wissenschaft grosse Verdienste erworben. Es wird daher allgemein freudig begrüsst werden, dass er seine Erfahrungen im Zusammenhange zum besten giebt und uns ein Werk bescheert, in welchem der Praktiker alles Wissenswerthe in vortrefflicher Darstellung vorfindet. Zahlreiche Abbildungen erhöhen noch den Werth dieses Buches, das zweifellos die wärmsten Empfehlungen verdient. — Von E. Jacobi's in gleichem Verlage erscheinendem **Atlas der Hautkrankheiten** liegt jetzt die II. (Schluss-)Abtheilung vor, enthaltend Tafel 43—86 (Preis: Mk. 14,50). Auch diese Abbildungen führen uns in höchst vollkommener Weise Affectionen vor, welche uns täglich in der Praxis begegnen können. Man glaubt die afficirten Köpertheile direct vor sich zu sehen, so plastisch und der Wirklichkeit entsprechend sind die einzelnen Krankheiten dargestellt. Der Atlas bildet daher für die Diagnose ein ganz ausgezeichnetes Hülfsmittel und dürfte wesentlich dazu beitragen, dass Täuschungen und Missgriffe vermieden werden. Die pecuniäre Ausgabe, die man sich mit Anschaffung dieses Atlas auferlegt, ist daher eine durchaus zweckentsprechende und dürfte kaum je bereut werden.

— **Gemüthserregungen und Krankheiten,** so ist eine kleine Schrift von Dr. Paul Cohn betitelt (Berlin, Verlag von Vogel & Kreienbrink. Preis: Mk. 2). Der Autor hat als Untertitel hinzugefügt: „Eine Studie über Wesen und Sitz der Gemüthserregungen, ihre Beziehung zu Erkrankungen, und über Wege zur Verhütung", und hat damit die Disposition und den Inhalt seines Buches am einfachsten gekennzeichnet, dessen drei Hauptcapitel folgendermaassen lauten: „Was sind Gemüthserregungen und wie wirken sie physiologisch?", „Wie können Gemüthserregungen pathologisch wirken?", „Wege zu einer Prophylaxe". In geistreicher Weise erörtert der Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen diese Punkte und giebt mancherlei nützliche Anregung und Belehrung. Die Lectüre des Buches gewährt Genuss, und sei dasselbe daher unseren Lesern empfohlen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am Anfang eines jeden Monats. | № 5. | Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Februar | XIII. Jahrgang | 1904.



**Anaesthesie, Narkose.** **Acoin-Cocain zur Localanaesthesie in der Augenpraxis** wird seit 2 Jahren an der Marburger Univers.-Augenklinik benützt, wie Dr. W. Krauss von dort mittheilt, und hat man erkannt, dass diese Methode besondere Vorzüge besitzt. Bei allen Eingriffen wird folgende Lösung angewandt:

Rp. Acoin. 0,025
Cocain. 0,05
Sol. Natr. chlorat. (0,75 %) ad 5,0

Wo grössere Blutungen zu erwarten sind, werden einige Tropfen Adrenalin (1 : 1000) zugesetzt, meist 2—3 Tropfen auf eine Pravazspritze. Die Lösung, die, da sie sich leicht zersetzt, immer möglichst frisch sein muss, wird bei Eingriffen an der Haut in der gewöhnlichen Weise etwa an 4 Stellen rings um das Operationsgebiet herum in etwa

1 cm Entfernung subcutan eingespritzt, und zwar jedesmal etwa 0,2 ccm, sodass nicht ganz der Inhalt einer Pravazspritze verbraucht wird; bei tiefer gehenden Eingriffen wird entsprechend tiefer injicirt. Die Lösung genügt meist auch bei sehr sensiblen Pat. zur Erzielung fast vollständiger Anaesthesie und veranlasst keine grossen Schwellungen. Die Wirkung tritt fast momentan ein, sodass man sehr bald mit dem Eingriff beginnen kann. Die Methode hat sich z. B. sehr bewährt bei Schieloperationen an Kindern und wehleidigen Erwachsenen, wobei etwa ½ Spritze in der Gegend des zu verlagernden Muskels in die Orbita eingespritzt wird. Bei vielen kleineren Eingriffen an der Bindehaut des Bulbus und der Lider, Enfernung von Chalazien, Incisionen etc. reicht eine ganz geringe Menge der Lösung aus. Bei der Behandlung des Trachoms leistet letztere ebenfalls gute Dienste: das Ausquetschen und Ausrollen wird leichter ertragen, die Follikel werden viel sichtbarer und zugänglicher. Das auftretende Lidoedem schwindet unter Application von feuchten Aufschlägen in 3—4 Tagen wieder. Die Lösung wird von temporal- und nasalwärts her unter die Conjunctiva des Lides nahe der Uebergangsfalte eingespritzt, und man benöthigt zur Behandlung beider Augen etwa 1½ Spritze. Endlich ist bei Entfernung von Geschwülsten am Auge und in dessen Umgebung (z. B. umfangreichere Dermoide) das Gemisch mit promptem Erfolg zur Anwendung gelangt.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

— **Acoin** als locales Anaestheticum hat mit sehr gutem Erfolg Dr. Daconto (Bürgerhospital Giovinazzo) benützt. Er verwandte zur Infiltration aber eine starke Lösung (1 %) und empfiehlt diese als zweckmässigste. Für Bereitung der Lösung sind folgende Vorschriften zu beachten:

1. Eine Glasstöpselflasche aus *dunkelbraunem* Glase von 25 ccm Inhalt wird mit Salpetersäure gründlich gereinigt (weil alkalische Substanzen, selbst die aus Glas sich lösenden minimalen Mengen, opalescirende Niederschläge geben), mit Wasser nachgespült und durch halbstündiges Kochen sterilisirt.
2. Vorsichtiges aseptisches Entnehmen von 20 ccm sterilisirten Wassers, worin man 0,16 g Chlornatrium auflöst (0,8 %).
3. Zu der erkalteten Lösung fügt man 0,2 g Acoin hinzu. So bereitet und bewahrt, bleibt die Lösung selbst 3 Monate nachher noch wirksam. Je nach der Grösse des



Operationsfeldes wurden 2—12 ccm durch Injection an letzterem vertheilt, und erwies sich so Acoin als prompt wirkendes und unschädliches Anaestheticum, das z. B. bei Operation von Phlegmonen, eingewachsenen Nägeln, Fremdkörpern, tuberculösen Lymphomen, Hydrocele, incarcerirten Hernien, Atheromen u. s. w. bei Erwachsenen und Kindern treffliche Dienste leistete.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. LXIX, August 1903.)

— Auf eine **Gefahr des Adrenalins** macht Dr. F. Neugebauer (Mährisch-Ostrau) aufmerksam. Bekanntlich empfahl H. Braun den Zusatz von Adrenalin zu Cocain- oder Eucainlösungen zum Zwecke der Verstärkung und Verlängerung der anaesthesirenden und anaemisirenden Wirkung. Autor machte auch davon mit vielem Vortheil Gebrauch und erlebte keine Zwischenfälle, bis jetzt rasch hintereinander bei plastischen Operationen sich 3 Fälle von *Hautgangraen* ereigneten. Es waren 3 Tropfen des Extracts auf 1 ccm einer ½ %igen Cocain-Eucainlösung gegeben worden. Das eine Mal handelte es sich um eine Phimosenoperation bei einem jungen Manne, die beiden anderen Fälle betrafen alte Leute mit Cancroiden am Gesicht. Die Fälle mahnen zu einer vorsichtigen Dosirung des Adrenalins und zu besonderer Vorsicht bei älteren Personen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 51.)

— Ueber die **Witzel'sche Aethertropfmethode zur Narkose in der Gynaekologie** lässt sich Dr. H. Fuchs (Univers.-Frauenklinik Kiel) aus. Es ist das Verdienst Witzel's, an einem grossen Material gezeigt zu haben, dass nach vorheriger Morphiuminjection (0,01—0,03) die einfache Tropfendosirung des Aethers mit einer der üblichen Chloroformmasken genügt, um völlige allgemeine Anaesthesie zu erzielen, wenn man an der Toleranzschwelle wenige Tropfen Chloroform einschaltend zuführt. War hiermit die Aufgabe intensivster Luftmischung der Aetherdämpfe gelöst, so sorgte Witzel durch die forcirte Reclination des Kopfes dafür, dass die auch bei der tropfenweisen Aetherzufuhr nicht ganz vermeidbare Hypersecretion der Schleimhäute für die tieferen Luftwege bedeutungslos wurde. Fuchs will nun diese Methode speciell für die Frauenpraxis auf Grund von an ca. 300 Narkosen gemachten Erfahrungen warm empfehlen. Zur vorherigen Injection genügt bei Frauen meist 0,01 Morphin, ½ Stunde vorher injicirt. Für ängstliche und hysterische Pat., auch sehr kräftige

und fettleibige, Trinkerinnen etc. ist 0,02 nöthig. Ein Ersatz für Morphin ist event. auch Codein (Injection von 0,15). Die Einschläferung vollzieht sich bei der Aethertropfmethode ganz allmählich und unmerklich, ein Excitationsstadium ist nie bemerkbar, Erbrechen im Beginn der Narkose ausserordentlich selten (wenn das Morphium nicht früher, als ½ Stunde vorher injicirt wurde!). Bis zum Erlöschen des Conjunctivalreflexes, zur Erschlaffung der Gliedmaassenmusculatur und der am spätesten eintretenden Ausschaltung der reflectorischen Bauchdeckenspannung vergehen 10—20 Minuten bei einem Aetherverbrauch von 30—60 g. Beides variirt nach der individuellen Empfänglichkeit nicht minder als nach den äusseren Umständen, unter denen die Ruhe im Operationssaal und Vermeidung vorzeitiger Berührung der Pat. eine grosse Rolle spielen. Endlich steht die Menge des verbrauchten Aethers im umgekehrten Verhältniss zu der mit der Methode erworbenen Erfahrung, die aber leichter und gefahrloser, wie z. B. bei der Chloroformnarkose durch vorherige Instruction auch ungeübter Hülfskräfte zu ersetzen ist. Obenan ist die Vorschrift zu stellen, dass trotz des zu erwartenden langsamen Toleranzeintritts ein schnelles Tropfen unterbleiben muss. Witzel's Forderung, eine Fallhöhe von ca. 30 cm innezuhalten, gilt besonders für den Beginn der Betäubung. Giebt man die Tropfen anfangs schnell und aus geringer Entfernung, nützt man nicht die ganze Maskenfläche aus, so entsteht bald eine Eiskruste, die die weitere Aetherzufuhr behindert und die Betäubung verlangsamt; auch der initiale Hustenreiz ist nicht zu vermeiden, wenn man, statt die Narkose „einzuschleichen“, sie hastig beginnt. Um die Herbeiführung tiefer Narkosen zu beschleunigen, empfiehlt Witzel, nach genügender Anregung der Herzthätigkeit durch Aether, einige Tropfen Chloroform zu interponiren, bis völlige Reactionslosigkeit eintritt, und dann mit Aether tropfend fortzufahren. Für die einfacheren gynaekologischen Operationen aber, sowie für die Mehrzahl der Explorationsnarkosen kommt man ganz gut ohne Chloroform aus. Wo starker Panniculus adiposus besteht und demzufolge auch der geringste Bruchtheil noch bestehender Bauchmuskelspannung den Tastbefund beeinträchtigt, oder wo abnorme Peritonealempfindlichkeit vorhanden ist, kann man auf vorübergehende Chloroformzufuhr nicht immer verzichten, aber man kommt da meist mit 1—5 g aus. Die Reclination des Kopfes liess Autor erst nach Erlöschen des Bauchdeckenreflexes ausführen und verzichtete auf

forcirte Reclination, liess nur am „hängenden Kopfe“ aetherisiren; es genügt diese Stellung meist, um das Zungenbein nach vorn zu bringen, wobei die Zungenspitze wenig hinter dem Niveau der Schneidezahnreihe sich befindet. Der Vortheil der Kopfhängelage beruht darin, dass eine zweite Narkosenassistenz entbehrlich wird; denn selbst in den seltenen Fällen, wo noch weitere Lüftung des Kehlkopfeingangs nothwendig wird, kann diese vom Narkotiseur allein mit der Zungenzange leicht bewerkstelligt werden, während die andere Hand Aether tropft und die Maske sich von selber hält, wenn die Zipfel des das Gestell übertragenden Gazeschleiers am Hemdbunde befestigt werden. Zur Reclination des Kopfes eignet sich ein kurzes, hohes Keilkissen. Bei kurzen Eingriffen (Curettagen etc.) ist die Kopftieflagerung leicht zu entbehren, da bei intactem Respirationsapparat die in den Anfangsstadien der Narkose producirte Schleim- und Speichelmenge bei der Tropfmethode zu gering ist, um besonders günstige Abflussbedingungen zu verlangen. Ein sehr schätzenswerther Gewinn der Tropfmethode ist der sehr langsame Wiedereintritt der Schmerzempfindung. Man kann bei einmal erreichtem tiefen Aetherschlaf darauf rechnen, dass die Anaesthesie 20 Minuten und länger anhält. Im Anfangsstadium der Tropfmethode tritt sehr bald (oft schon nach 30 g) ein dem Aetherrausch (Sudeck) ähnlicher Zustand auf, der bei noch erhaltenen Reflexen und wenig getrübtem Sensorium eine für kleine Eingriffe genügende Anaesthesie mit sich bringt. Curettagen, Operationen am äusseren Genitale, wie Abtragung und Thermokausis spitzer Condylome, Abscessincisionen, Enucleation von Atheromen etc. liessen sich unter dieser coupirten Morphium-Aether-Narkose schmerzlos ausführen. Der Vorzug vor dem „Aetherrausch“ beruht in der zwanglosen Einleitung durch tropfenweise zugeführten Aether und in dem Fortfall der Excitation, die bei jenem Verfahren oft unvermittelt den „Rausch“ ablöst und den Schluss der Operation stört. Die Nachwirkungen der Witzel'schen Narkose sind die denkbar mildesten, und wird auch hierdurch der Forderung „non nocere“ durchaus genügt. Es ist daher dieser Methode weiteste Verbreitung zu wünschen.

— Auch Oberarzt Dr. C. Hofmann (Josephshospital Köln) stellt in einer Arbeit **Die moderne Aethernarkose** die Witzel'sche Methode voran. Die moderne Aethernarkose, wie sie unseren heutigen Kenntnissen über die Narcotica entspricht,

berücksichtigt zunächst einen uneingeschränkten Zutritt der atmosphärischen Luft, arbeitet mit möglichst niedrigen Aetherdosen und greift, wo diese nicht ausreichen, zu Unterstützungsmitteln. Die Tropfmethode leistet dies alles und erfordert zudem keine besondere Maske, kein neues Instrumentarium, keine neu zu erlernenden Manipulationen. Diese Methode hat soviel Vortheile, dass sie zweifellos die Narkose der Zukunft ist.

— Die **Aethernarkose in Verbindung mit Morphium-Scopolamininjectionen** empfiehlt Dr. C. Hartog (Frauenklinik von Landau in Berlin). Seit 12 Jahren ist dort die Aethernarkose mit Wanscher'scher Maske üblich, die sich recht gut bewährt hat. Nun haben Schneiderlin und Korff vor einigen Jahren eine Scopolamin-Morphium-Narkose empfohlen. Da die dabei benützten Dosen zu hohe waren, hat man schlechte Erfahrungen damit gemacht. Hartog hat, indem er die Gefahren vermied, mit dieser Methode, die er mit der Aethernarkose combinirte, sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Er injicirt ½ bis 1 Stunde vor Beginn der Narkose ½ mg Scopolamin und 1 cg Morphin subcutan und hat so 73 Narkosen geleitet, bei denen er Folgendes beobachtete:

1. Ruhiges, wenn auch langsames Einschlafen, zumeist ohne stärkere Excitation (bei der einschleichenden Methode!).
2. Kein Erbrechen während der Narkose, auch nicht, wenn diese oberflächlich wird.
3. Nach beendigter Narkose liegen die Pat. ruhig da und erwachen ohne Excitation; Uebelkeit und Kopfschmerzen fehlen, die Pat. machen einen frischen Eindruck.
4. Erbrechen im bewusstlosen Zustande nach der Narkose fehlt, es stellt sich höchstens etwas Würgen ein.
5. Stärkere Salivation ist fast nie vorhanden.

Es fallen also hier die Hauptquellen der postoperativen Pneumonie fort, die Gefahr der Aethernarkose ist auf ein Minimum reducirt. Die einzelnen Phasen der Narkose präcisirt Autor am Schluss folgendermaassen:

I. Uebliche Vorbereitung: Mundspülen, Abführen, Nüchternbleiben.

II. ½ (event. auch 1) Stunde vor Beginn der Narkose Injection von ½ Spritze Scopolamin. hydrobrom. 0,01: 10,0 (frisch bereitet, höchstens 3—4 Tage alte Lösung; zu empfehlen, Scopolamin in Wachs-

papier aufzubewahren und selbst aufzulösen), sowie unmittelbar darauf an anderer Stelle Injection von 1 cg Morphium.

III. Nach ½—1 Stunde Beginn der Aethernarkose mit Wanscher'scher Maske nach der einschleichenden Methode; Vorhalten, resp. Nähern der Maske unter Luftzutritt; dann langsam festeres Andrücken des Beutels ohne Schütteln, event. wieder Lüften; dann, wenn die Athmung tiefer wird, Seitwärtsdrehen des Kopfes und dauerndes Vorhalten des Unterkiefers (bei ständigem Vorhalten des Kiefers, natürlich ohne Druck am Kieferwinkel, das dem Pat. nachher keine Schmerzen macht, bleibt die Athmung gleichmässig). Nach etwa 10 Minuten ist die Narkose tief genug; selten ist sie es noch nicht, doch gehe man lieber weiter langsam vor, als nach der asphyxirenden Methode.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 46.)

**Arthritis urica.** **Citarin** empfiehlt Dr. Arth. Leibholz (Berlin) auf Grund der Erfahrungen, die er bei 12 Fällen von A. machte; das Mittel versagte nur 1 mal und machte, abgesehen von etwas Durchfall, keine Nebenerscheinungen. Citarin ist das Einwirkungsproduct von Formaldehyd auf citronensaures Natron, ein in Wasser leicht lösliches Pulver, das, in Zuckerwasser gereicht, wie Citronenlimonade schmeckt. Am billigsten ist die Verordnung in Tabletten Originalpackung (10 Stück à 2 g kosten M. 2,60); man löst eine Tablette in etwas heissem Wasser auf und giebt beliebig kaltes hinzu. Autor gab am Tage des Anfalls 4 mal je 2 g, an den folgenden Tagen 3 mal 2 g. Am sichersten wirkt Citarin gleich bei den ersten Anzeichen des Anfalles gereicht; oft gelingt es so, den Anfall zu coupiren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 39.)

— Ueber **Citarin** hat Dr. Fisch (Barmen) an seiner eigenen Person Erfahrungen gesammelt. Seit 8½ Jahren hat derselbe gichtische Anfälle von solcher Schwere gehabt, dass sie ihn immer für einige Zeit arbeitsunfähig machten. Seitdem er Citarin dagegen anwendet, ist das nicht mehr vorgekommen, sondern die Anfälle sind im Keim erstickt worden, schon am gleichen Tage wieder das Gehen und Arbeiten möglich gewesen. Diese Wirkung hat sich bereits bei mehreren Anfällen in gleicher Weise geäussert. Allerdings nahm Autor, sobald der Anfall eintrat, sofort Citarin,

und zwar am 1. Tage in grossen Dosen bis 7—8 mal pro die à 2 g, an den folgenden Tagen noch 2—3 mal täglich diese Dosis. Auch als Prophylacticum hat sich das Mittel stets bewährt. Wenn Autor dasselbe nahm, ehe noch die localen Erscheinungen sich etablirt hatten, als nur sonstige Anzeichen deutlich auf das Nahen eines Anfalles hinwiesen, blieb dieser aus; schon auf einige Dosen Citarin wurde der Urin wieder klar. Darauf ist Werth zu legen; schon wenn der Urin sich dunkelgelb färbt und ein allgemeines Schweregefühl im Körper vorhanden ist, soll von den Gichtikern Citarin einige Tage genommen werden. Auch dafür, dass durch das Citarin Harnsäure direct an den Ablagerungsstellen gelöst wird, hat Autor einen Beweis erhalten. Vor einigen Jahren bildete sich an einer Ohrmuschel bei ihm ein erbsengrosses Gichtknötchen. Da es nicht weg ging und oft Beschwerden verursachte, liess Autor es exstirpiren. Voriges Jahr etablirte sich am anderen Ohr an der correspondirenden Stelle ein gleiches Knötchen. Bei einem späteren Gichtanfalle, gegen den Autor wieder mit grösseren Dosen Citarin vorging, begann das Knötchen sich zu verkleinern und verschwand bald vollkommen. Citarin ist direct als Heilmittel gegen A. anzusehen, und zwar als ganz unschädliches; trotz der grossen Dosen bewirkte es beim Autor höchstens etwas Durchfall. Es muss allerdings gleich im Beginn des Anfalles (event. auch schon bei allgemeinen Vorzeichen desselben!) genommen werden, und zwar am 1. Tage in grossen Dosen. Wenn man die Tabletten (Originalpackung Bayer) benützt, tritt eine wesentliche Verbilligung der Cur ein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 49.)

**Augenentzündungen.** **Eumydrin,** das neue Mydriaticum, prüfte Dr. Lindenmeyer (Augenklinik Giessen) in 1, 2, 5 und 10%iger Lösung, von der er immer 3 Tropfen einträufelte. Bei der 1 und 2%igen Lösung trat der Beginn der Mydriasis nach 10—25 Minuten ein. Nach weiteren 20—50 Minuten erreichte dieselbe ihren Höhepunkt, auf welchem sie ca. 12 Stunden verharrte, um sich dann langsam wieder zurückzubilden. Nach 2—3 Tagen war die frühere Pupillenweite wieder erreicht. Etwas später als die Mydriasis trat Lähmung der Accommodation ein, welche meist nach 2—3 Stunden vollständig wurde; bei einzelnen war vollständige Lähmung nicht zu erzielen. Betreffs Eintritts und Dauer der Lähmungserscheinungen traten grosse Schwankungen zu Tage, zum Theil von dem Alter der

Personen abhängig, indem bei jungen die Wirkung eine promptere und intensivere war, als bei älteren. Bei der 5 und 10%igen Lösung wurde rascherer Eintritt der Mydriasis schon nach 8—15 Minuten beobachtet, maximale nach weiteren 20—30 Minuten. Die Lähmung der Accommodation war hier stets eine vollständige. Der normale Zustand wurde bei der 5%igen Lösung nach 3—5 Tagen, bei der 10%igen nach 4—7 Tagen wieder erreicht. Während meist die Lähmung der Accommodation vor oder gleichzeitig mit der Mydriasis zu Ende ging, überdauerte einige Male (meist bei Personen von 25—30 Jahren) die Accommodationslähmung die Mydriasis. Nie Intoxicationserscheinungen. Es ging aus diesen Versuchen hervor, dass das Eumydrin eine Mittelstellung zwischen den meist gebräuchlichen 1%igen Homatropin- und Atropinlösungen einnimmt, in stärkerer Concentration erreicht es beinahe die Wirksamkeit des Atropin, und zwar tritt die Mydriasis bei 5 und 10%igem Eumydrin rascher ein, als beim Atropin, während bei letzterem die Lähmungserscheinungen von etwas längerer Dauer sind. Nun wurde das Präparat auch bei pathologischen Fällen angewandt, und zwar 1 und 2%ig zur Bekämpfung von Reizzuständen geringeren Grades, wie sie bei Randphlyktaenen, kleineren Randinfiltraten. ferner nach Fremdkörpern auf der Cornca auftreten. Es genügte meist 1malige Einträufelung, um nach Herbeiführung einer 1tägigen Mydriasis die Reizungserscheinungen zum Schwinden zu bringen. Erfahrungsgemäss genügt die durch Homatropin erzeugte, kurz dauernde Mydriasis in derartigen Fällen vielfach nicht zur Beseitigung der Reizzustände, während durch Atropin eine unnöthig lange Mydriasis und Accommodationslähmung erzeugt wird. Die stärkeren Lösungen, speciell die 10%ige, wurden mehrfach bei frischen und chronischen Entzündungen der Iris zur Anwendung gebracht. Frische Synechieen wurden meist nach 2—3maliger Einträufelung gelöst; wurde eine Lösung derselben nicht erzielt, so war eine solche auch mit Atropin nicht zu erreichen. Jedenfalls ist Eumydrin ein werthvolles Mittel für uns, indem es in verschieden starken Lösungen mit Erfolg verwandt werden kann, um je nach Wunsch eine Mydriasis und Accommodationslähmung von entsprechender Dauer hervorzurufen. Von grossem Vortheil werden die stärkeren Lösungen vor allem da sein, wo infolge von Idiosynkrasie oder durch Intoxicationserscheinungen bei anhaltendem Gebrauch, das angewandte Atropin ausgesetzt werden muss und ein anderes My-

driaticum an seine Stelle zu treten hat, da wir bisher kein Ersatzmittel des Atropin hatten, welches letzterem an Werth so nahe kommt und dabei so wenig gefährlich ist, wie Eumydrin. Nicht beistimmen kann Autor aber Goldberg, welcher meint, dass zu Untersuchungszwecken die Eumydrinlösung vor der gleichprocentigen Homatropinlösung „den Vorzug rascherer und ausgiebigerer Wirkung und den gering zu bewerthenden Nachtheil einer um etwa 12 Stunden längeren Dauer der Pupillenbeeinflussung" habe. Nach des Autors Ansicht eignet sich die 1%ige Eumydrinlösung nicht zu einer nur zu diagnostischen Zwecken gewünschten Erweiterung der Pupille, da die Vortheile vor der üblichen Homatropinlösung nur gering sind und dieselben durch die 2—3tägige Accommodationsbehinderung zu theuer erkauft zu sein scheinen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Ein **neuer Apparat zur Behandlung der Erkrankungen der Bindehaut,** construirt von Dr. J. Feig (Oberleutensdorf), ermöglicht in einer auch von Laien leicht durchführbaren Weise eine gründliche Reinigung des Conjunctivalsackes und eine vollkommene Berieselung desselben mit dem erforderlichen Medicamente. Er besteht aus einem Glasgefäss, das durch einen 1 m langen Gummischlauch mit einem feinen Glasröhrchen in Verbindung steht, welches an seinem freien Ende sich 2fach theilt. Den Endigungen dieser Aeste sitzen feine Oeffnungen auf. Nachdem das Glasgefäss mit der Spülflüssigkeit gefüllt ist, wird es auf einen Stuhl ca. 1/4 m unterhalb der Höhe des zu behandelnden Auges niedergestellt. Nun wird das Röhrchen in den äusseren Augenwinkel derart eingelegt, dass der eine Schenkel nach oben, der andere nach unten sieht. Ist dies geschehen, so ist es bei grösseren Pat. überflüssig, dasselbe in dieser Lage zu fixiren, bei Kindern muss der Kopf immer in gleicher Lage erhalten werden. Träufelt man vorher Cocain ein, so erfolgt die Application mit überraschender Leichtigkeit. Nun wird das Glasgefäss erhoben, und die Flüssigkeit strömt in den Bindehautsack um so stärker ein, je höher das Gefäss gebracht wurde. Der Apparat ist billig (C. Richter, Oberleutensdorf in Böhmen). Als Spülflüssigkeit kann nach Kalt Kal. hypermang. (1 : 5000) verwendet werden. Leber macht die Lösung derart, dass auf 1 Liter verdünnter Kochsalzlösung 10 ccm einer 1%igen Lösung von Kal. permang. zugefügt werden. Auch mit Itrol (1 : 2000, bei leichteren

Formen 1 : 3000), mit Sublimat (1 : 5000, bei schweren Formen stärker), Chinosol (1 : 4000), Bor (3 %) kann man schöne Erfolge erzielen.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

**Blutungen.** **Adrenalin** (die bekannte Lösung von Parke, Davis & Co.) wandte Dr. R. Kirch (Krefeld) bei 3 schweren Fällen von B., bei denen die anderen Mittel versagt hatten, mit bestem Erfolge an. Im 1. Falle handelte es sich um eine sehr schwere Epistaxis; mit Adrenalin getränkte Gazestückchen wurden in die Nase hineingedrückt und alle 2 Stunden 20 Tropfen intern gegeben. Die B. standen dauernd. Fall 2 betraf eine Blutung aus dem uropoetischen System. 2stündlich subcutane Injection von 1 ccm der Lösung; nach 4 Injectionen sistirten die B. Auch bei Fall 3, einer heftigen Lungenblutung, genügten 3 Injectionen von je 1 ccm. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten. Leider ist der Preis des Mittels noch hoch (10 g M. 3,50).

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 48.)

— Dass es thatsächlich **vicariirendes Nasenbluten** giebt, das zeigen wieder zwei Fälle, die Dr. Ed. Richter (Plauen i.V.) beobachtete, und die den innigen Zusammenhang, welcher unter Umständen zwischen menstruellen B. und nasalen besteht, darthun. Der erste Fall zeigte aber nicht nur diesen Zusammenhang, sondern auch eine Gegenseitigkeitswirkung zwischen der Genitalsphäre und den nervösen Centralorganen. Bei der jugendlichen Pat. war Retroflexio uteri die Ursache der Amenorrhoe; letztere führte zu nasalen vicariirenden Blutungen, die ungenügende Ausscheidung retinirter Stoffe weiter zu hystero-epileptischen Krämpfen, die sich nur einstellten, wenn die Ausscheidung menstrueller oder vicariirender Art ungenügend war. Auch bei der zweiten Patientin war der Zusammenhang zwischen dem Fehlen der menstruellen B. und dem Auftreten der nasalen klar. — Autor sieht in dem *künstlichen* Hervorrufen nasaler B. ein äusserst bequemes Mittel der Blutentziehung. Man reibt mit einer spitzen Sonde im Introitus nasi an der bewussten Stelle der septalen Wand, an der das Nasenbluten meist spontan eintritt, hin und her und kann auf diese Weise je nach Bedarf tropfen- bis esslöffelweise Blut entziehen. Diese Blutentziehungen kann man zu therapeutischen wie diagnostischen Zwecken vornehmen. Das Septum lässt sich dazu leicht aseptisch machen. Man

benützt die Nasenseite, welche die grösseren Venenstämmchen zeigt.
(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1903 No. 11.)

**Diphtherie.** Einen **Beitrag zur Verbreitungsweise der Diphtherie** liefert Dr. K. E. Büsing (Bakteriolog. Institut Bremen). Eine Krankenschwester des Kinderkrankenhauses bekam Halsschmerzen und Heiserkeit, beachtete dies aber nicht und liess sich erst 14 Tage später durch die Mitschwestern bewegen, ärztlich Meldung zu machen. Man fand nur geringe Röthung vor, und es lag kein Grund vor, an D. zu denken. Da aber einige Tage vorher ein Knabe, den die Schwester gepflegt, an D. erkrankt war und die Aetiologie dunkel blieb, wurde bakteriologische Untersuchung bei der Schwester vorgenommen. Culturverfahren und Thierversuch ergaben reichliche Diphtheriebacillen, und als die Schwester gemessen wurde, hatte sie 39,5$^0$, glaubte dabei, wie die ganze Zeit vorher, fieberfrei zu sein, und fühlte sich ebenso wohl wie vorher Nach einigen Tagen erkrankten noch zwei Kinder an D., die von der Schwester mit gepflegt worden waren. Dieser Fall mahnt wieder, gleich früheren, von Neisser und Cuno publicirten, Pflegepersonal auch bei nur geringfügigem Diphtherieverdacht und beim Ausbruch von Saalepidemieen, deren Quelle im Dunklen ist, auch ohne solchen, sofort einer bakteriologischen Untersuchung zu unterwerfen, die allein imstande ist, Aufklärung zu schaffen und einer weiteren Ausbreitung derartiger Epidemieen entgegenzuarbeiten.
(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 38.)

— **Das Diphtherieserum in der allgemeinen Praxis** ist noch viel zu wenig in seiner Bedeutung gewürdigt worden, meint Dr. Winselmann (Krefeld), und doch ist dies Material, das dem Arzte fast stets frühzeitig zugeht, viel geeigneter zur richtigen Beurtheilung des Serums, als das Spitälermaterial. Autor wandte das Serum seit 1894 bisher in 250 Fällen an, welche sämmtlich genasen, obwohl recht bösartige darunter waren. Er spritzt sofort 1500 I.-E. ein und wiederholt, was allerdings nicht oft nöthig wird, die Einspritzung 12stündlich, bis das Fieber abgefallen ist. Welch ein himmelweiter Unterschied zwischen den so behandelten Fällen und solchen vor der Serumzeit! Die D. verläuft jetzt gewöhnlich in so viel Tagen wie früher Wochen; postdiphtherische Erkrankungen kennt Autor jetzt gar nicht mehr, ebensowenig wie er jetzt noch irgend-

welche Nebenerscheinungen durch das Serum erlebt. Dasselbe ist ein specifisches Heilmittel der D. im weitesten Sinne des Wortes, ohne Nachtheil . frühzeitig und richtig angewandt wird es in keinem Falle versagen.

(Deutsche med Wochenschrift 1903 No. 50.)

**Fissura ani.** Folgende **Combination von Cocain, Extr. Belladonnae und Ichthyol** hat Dr. M. Katzenstein bei F. angewandt:

Rp. Cocain. mur. 0,05
Extr. Bellad. 0,5
Ichthyol. ad 6,0
M. D. S. Vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln.

Cocain macht die Fissur unempfindlich, Extr. Belladonnae hebt den Sphinkterkrampf auf, Ichthyol wirkt desinficirend und glättet die Oberfläche der F. und trägt so zur Heilung derselben wesentlich bei, kein Wunder, dass diese Mischung sich bei einer grösseren Anzahl von Fällen bestens bewährte. Doch kommt es dabei sehr auf richtige Application an. Es wird ein kleines Stückchen Watte zu einem stricknadeldicken Faden aufgewickelt und in die etwas angewärmte Mischung eingetaucht. Der in Seitenlage befindliche Pat. hebt die obere Hinterbacke etwas an und durch Betastung der den Anus umgebenden Haut, die schmerzhaft ist, wo sie der F. gegenüber liegt, stellt man fest, wo die F. gelegen ist. Hat man z. B. gefunden, dass sie sich an der vorderen Commissur befindet, dann legt man den imprägnirten Wattefaden an die entgegengesetzte Seite, also an die hintere Commissur, und schiebt nun vorsichtig der hinteren Mastdarmwand entlang mit einer feinen Knopfsonde den Wattefaden in den Mastdarm hinein. So vermeidet man jede Berührung der F. und macht die ganze Procedur zu einer schmerzlosen. Das geschmeidige Ichthyol dringt in alle Schleimhautbuchten vor und gelangt so zur F., schon das erste Mal das Gefühl wesentlicher Besserung bringend. Die Watte bleibt mindestens 5 Minuten liegen und wird event. vom Pat. durch das ausserhalb liegende Ende entfernt oder bleibt bis zur nächsten Stuhlentleerung liegen, die meist schmerzlos verläuft. 8—14 Tage täglich 1—2 malige Application führt zur vollkommenen Hebung der Beschwerden. Regulirung des Stuhles, Verabreichung von Sitzbädern beugen dem Neuauftreten des schmerzhaften Leidens vor.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1903.)

**Gonorrhoe.** Ueber **Untersuchungen einiger Dauerhefepräparate** berichtet Dr. P. Krause. Es wurden untersucht Zymin, Levure de Bière, Roos'sche Tabletten, Cerevisine, Levurinose und Furunculine. Vom Standpunkte der therapeutischen Anwendung ist zweifellos dasjenige Hefepräparat als das beste anzusehen, welches keine lebenden Hefebacillen mehr besitzt, dagegen bei möglichst geringem Wassergehalt die grösstmöglichste Gährkraft und baktericide Wirkung entfaltet. Unter diesem Gesichtspunkte ist fraglos das *Zymin* das beste Präparat; Furunculine und Levurinose sind unbrauchbare Präparate, welche bei der Menge von zugesetzter Stärke gar nicht mehr die Bezeichnung Hefepräparate verdienen. Dagegen weisen die drei übrigen Präparate den frischen Hefen gegenüber nur den Vortheil auf, dass sie haltbar sind und jederzeit zur Hand sein können, während sie sonst nicht den Vortheil gewähren, mit todten Hefezellen zu arbeiten. — In der *Discussion* berichtet Prof. E. Fränkel über die *Anwendung des Zymin in der Gynaekologie*, und zwar in der neuen und zweckmässigen Form wasserlöslicher, elastischer *Vaginal-Zyminstäbchen*, wie sie die Kgl. Hofapotheke in Dresden herstellt. Dieselben sind möglichst keimfrei, elastisch und doch genügend hart, um die Einführung in die Vagina nach Anweisung durch die Frauen selbst zu gestatten. Sie sind (im Gegensatz zu den sogen. „Rheolkugeln") unbegrenzt haltbar und selbst nach längerer Aufbewahrung in demselben Maasse gährfähig, wie das Zymin selbst. Jedes Stäbchen ist 9 cm lang, 6 mm dick und enthält je 1,6 g Zymin und Rohrzucker und 0,8 desselben indifferenten Constituens, wie die Credé'schen Silberstäbchen. Die Anwendung ist eine sehr einfache. Jeden zweiten Abend vor Zubettgehen entnimmt die Pat. nach vorheriger Reinigung der Hände, Vulva und Umgebung mit Heisswasser und Seife und nach einer Scheidenausspülnng in Rückenlage mit abgekochtem Wasser aus dem luftdicht verschlossenen Glascylinder ein Stäbchen und führt es in zwei Hälften in die Vagina ein. Darauf Kreuzen der Schenkel durch etwa $^1/_4$ Stunde und möglichst Beibehaltung der Rückenlage über Nacht, früh Ausspülung mit sterilem Wasser. In fünf so behandelten Fällen von hartnäckiger, chronischer, vaginaler und cervicaler Leukorrhoe (3mal mit Erosionen der Portio) sah Autor nach Einführung von 2—5—6 Stäbchen überraschend günstige Erfolge. In zwei Fällen gonorrhoischen Ursprungs mit profusem, eitrigem, ätzendem Ausfluss besserte sich derselbe nach Menge und Beschaffen-

heit rasch und die Erosionen heilten. Selbstverständlich bedarf die G. der Urethra und des Endometrium corporale noch besonderer Behandlung. Aber da die Zyminstäbchen in beliebigen Dimensionen herstellbar sind, so steht der Application auch von Urethral- und Uterusstäbchen nichts im Wege, und es steht zu hoffen, dass, wenn sich die gonokokkenabtödtende Wirkung des Zymin durch weitere Beobachtungen bestätigt, dadurch die nicht immer ganz ungefährlichen und zuweilen recht schmerzhaften Auspinselungen der Uterushöhle mit Formalin, Arg. nitr. etc. entbehrlich werden. Für die Behandlung der G. Schwangerer ist ein unschädliches baktericides Mittel wie das Zymin geradezu ein Bedürfniss.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft für vaterländ. Cultur in Breslau, 30. X. 1903. — Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 45.)

— Zur **Behandlung der weiblichen G. mit Hefe** ergreift auch Dr. M. Plien (Frauenklinik Bröse's in Berlin) das Wort. Es wurden die von Abraham empfohlenen, aus Hefe, Asparagin und Glycerin bestehenden *Rheolkugeln* (resp. Rheolstäbchen für die Cervix) ganz nach dessen Angaben angewandt, und zwar bei Fällen frischerer G.. In einem Falle waren die Gonokokken nach 12 Tagen, in einem anderen nach 4 Wochen verschwunden; doch blieb bei beiden reichlich schleimig-eitrige Secretion aus der Cervix noch bestehen, in dem letzteren noch trotz wochenlang fortgesetzter Stäbchenbehandlung. In den anderen Fällen wurden bis zu 3 Wochen noch reichlich Gonokokken im Cervicalsecret nachgewiesen und dann — setzte eine acute Entzündung der Adnexe ein, von der von 9 Fällen nur 2 verschont blieben. Sie trat am frühesten nach 7tägiger Rheolbehandlung, am spätesten nach 21tägiger ein: die Pat., die am 12. Tage eine gonokokkenfreie Cervix aufgewiesen hatte, erkrankte bei Fortsetzung der Behandlung zur Bekämpfung des noch bestehenden Fluors am 15. Tage an Salpingitis. Aus den Versuchen ist also ersichtlich, dass die Hefe selbst am günstigsten Orte, in der Cervix, nicht im Stande ist, die Gonokokken in einigermaassen kurzer Zeit abzutödten. Dann muss man aber der Stäbchenbehandlung schon a priori Bedenken entgegenbringen. Denn beim Einbringen der Stäbchen in die Cervix, mag man sich dabei auch hüten, sie über den inneren Muttermund hinaufzuführen, kann man nur zu leicht mechanisch die Gonokokken zum Eindringen in die Uterushöhle veranlassen und damit den Anstoss geben zur Entstehung

einer Endometritis corporis oder einer Entzündung der Adnexa. (Centralbl. f. Gynaekologie 1903 No. 48.)

— **Arhovin,** ein *neues innerliches Antigonorrhoicum,* empfehlen auf Grund experimenteller und therapeutischer Versuche Dr. Fr. Burchard und Dr. A. Schlockow (Berlin). Arhovin, ein Additionsproduct des Diphenylamins und der esterificirten Thymylbenzoesäure, eine Flüssigkeit von aromatischem Geruch und schwach brennendem Geschmack, wird in Gelatinekapseln gegeben (3—5 Stück pro die) und sehr rasch vom Magen resorbirt. Selbst lange Zeit gegeben, machte es nie unangenehme Nebenerscheinungen, ja es wirkte auf den Organismus sogar recht günstig ein. Vor allem erwies es sich in sämmtlichen Harnen als ausserordentlich baktericid und wirkte speciell bei G. und Cystitis gonorrhoica so, dass man mit dem Effect durchaus zufrieden sein konnte. (Die Medicin. Woche 1903 No. 48.)

— **Gonosan** hat Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) mit bestem Erfolge zur inneren Behandlung der G. verwendet. Derselbe ist schon immer der Ansicht gewesen, dass die Einspritzungen oft, ganz unzweckmässig ausgeführt, mehr Schaden als Nutzen stiften, und dass es sehr gut wäre, wenn man mit der internen Therapie auskäme. Und dazu scheint Gonosan geeignet zu sein. Einen Theil der guten Wirkung des letzteren glaubt Autor daraus herleiten zu dürfen, dass es sedativ einwirkt. Die lange Dauer einer G. wird oft bedingt durch excessive Erectionen, und die Bekämpfung dieser bildet ein wesentliches Postulat bei der Behandlung der G. Autor gab seinen Pat. Gonosan in grösseren Dosen (10—12 Kapseln pro die), er brauchte dabei unter 72 Fällen nur 2mal ein Sedativum zu verordnen. Gonosan wirkte sofort sedativ ein, machte die Secretion bald geringer, verwandelte den eitrigen Charakter in einen schleimigen. 53mal handelte es sich um acute, 22mal um chronische G. Von den 53 Fällen wurden 28 geheilt, 16 blieben, meist gebessert aus, 9 befinden sich noch in Behandlung; bei den chronischen Fällen betragen die entsprechenden Zahlen 10, 7, 5. Also die innere Behandlung mit Gonosan genügte vielmals zur völligen Heilung, Gonosan bedeutet einen wesentlichen Fortschritt in der Tripperbehandlung. (Therap. Monatshefte 1903 No. 12.)

**Haemorrhoiden.** Eine **neue Operationsmethode** hat John Landström (Städt. Krankenhaus Sabatsberg in Stock-

holm) ersonnen und seit September 1902 angewandt. Das Princip der Operation, die bisher in allen Fällen sehr befriedigende Resultate ergab, ist, durch eine besondere Quetschzange (Instrumentenmacher Stille) einen so kräftigen Druck auszuüben, dass man ohne Sutur oder Ligatur die Knoten entfernen kann. Die Klemmzange ist an den Enden ihrer Branchen mit einer Schraube versehen, mit der die Abklemmung erreicht wird. Das Gebiss der Zange ist 7 cm lang, 4—5 mm breit, mit beinahe ebenen Flächen und gut abgerundeten Kanten. Das Gelenk ist kreisrund, und die Branchen der Zange können leicht zur Reinigung auseinandergenommen werden. Pat. wird in Seitenlage gebracht, der Sphinkter kräftig dilatirt. Die zu entfernenden Theile fasst man mit der Balkenzange und legt die Klemme an der Basis des Knotens oder der Falte an. Nachdem man sich überzeugt hat, dass die Spitze der Zange nicht die Schleimhaut des gegenüberliegenden Theiles des Darmes gefasst hat, wird sie mit der Hand zugedrückt. Währenddem man das Instrument gegen die Rectalwand oder gegen den Anus, wenn man die Zange ausserhalb des Rectallumens anlegen will, andrängt, um Zerrungen zu vermeiden, wird mit der Schraube ein möglichst kräftiger Druck ausgeübt. Der abgeklemmte Theil wird dann unmittelbar an der Zange abgeschnitten. Infolge der ausserordentlichen Kraft, mit welcher die Zuklemmung geschieht, kann man dann sogleich die Klemme abnehmen. Die Abklemmungsstelle ist papierdünn, es erfolgt Blutung weder von ihrem freien Rande noch von ihrer Basis her. Man kann dann ebenso die Klemme an mehreren Stellen anlegen, ohne dass die zusammengepressten Flächen auseinandergehen. Nach der Operation wird ein mit Xeroformgaze umwickeltes Drainrohr in den Darm eingeführt, welches am 2. Tage nach der Operation entfernt wird. Die ganze Operation erfordert nur einige Minuten und ist in geeigneten Fällen leicht im Aetherrausch nach Sudeck auszuführen, ein Vortheil, welcher nicht genug zu schätzen ist, besonders bei durch Blutungen sehr heruntergekommenen Individuen. Keiner von den bisherigen 25 Pat. hat über Schmerzen geklagt, bei keinem trat eine Nachblutung ein, und ist eine solche auch sicher nicht zu befürchten, wenn die Klemme mit gehöriger Kraft angewendet wird. Die Nachbehandlung geschieht auf gewöhnliche Weise. Der nach 5—6 Tagen auf Ricinus folgende Stuhl verursacht keine nennenswerthen Schmerzen. Eine Woche nach der Operation zeigt sich die abgeklemmte

Stelle als eine ½—1 cm breite, reine Wunde, welche meist nach zwei Wochen geheilt ist. Die Operation wird also leicht, schnell und unblutig mit minimalen Beschwerden für den Pat. ausgeführt.

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No 47.)

**Hysterie.** **Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangraen** beobachtete Prof. Dr. Bettmann (Heidelberger medic. Klinik). Das Auftreten multipler Hautgangraen ist bei H. kein seltenes Vorkommniss. Bei einer grossen Anzahl solcher Fälle liess sich Selbstbeschädigung nachweisen, bei anderen war sie sehr wahrscheinlich, sodass man bei hysterischen Individuen in solchen Fällen stets gut daran thut, diesen Verdacht weiter zu verfolgen. Oft macht das grosse Schwierigkeiten, und sind auch bei sorgfältigster Ueberwachung Aerzte schon jahrelang getäuscht worden. Die Existenz einer neurotischen Spontangangraen ist damit natürlich nicht geleugnet. Im obigen Falle handelte es sich um eine 21jährige Tagelöhnerstochter, die seit 2 Jahren in unregelmässigen Schüben „Geschwüre" an der Haut bekam, von denen noch zahlreiche Narben Zeugniss ablegten. Pat. bot mannigfache Zeichen von H. dar, man hatte es sogar mit einer schweren H. zu thun; für die Natur jener Hautläsionen ergab sich kein Anhalt, sie heilten, als Pat. in die Klinik trat, unter geeigneter Behandlung ab, es zeigten sich in dieser Zeit keine neuen, und Pat. wurde entlassen. Aber schon einen Tag später kam sie mit einem frischen Schub und wurde nunmehr ambulatorisch behandelt. Die Beobachtung dieser frischen Eruptionen ergab nun als charakteristisch eine oberflächliche Nekrose der Haut. Solche Nekrosen entwickelten sich manchmal erst nach 1—2tägigem Bestande des einleitenden Erythems; manchmal entstand auch aus der Röthung keine Gangraen, sondern eine Blase. Die weitere Entwickelung liess eine demarkirende Entzündung hervortreten, die zur Abhebung der Schorfe und zur Bildung eines meist oberflächlichen Geschwürs führte, das ohne allzutiefe Vernarbung abheilte, wohl wegen des jetzt so frühen Einsetzens der Behandlung. Dagegen blieb vielfach an den vernarbten Stellen eine intensive Pigmentirung von monatelangem Bestande zurück. Als Pat. kurze Zeit wieder in die Klinik trat, blieben Eruptionen aus. Man hatte es durchaus mit dem Bilde der multiplen acuten Hautgangraen zu thun. Da arteriosklerotische Veränderungen und eine organische

Nervenkrankheit auszuschliessen waren, konnte die Diagnose nur zwischen neurotischer Spontangangraen und Selbstbeschädigung bei H. schwanken. Letztere wurde von der Pat. ganz entschieden geleugnet. Aber der Verdacht wurde bald zur Gewissheit. War es schon wunderbar, dass die Eruptionen mit der Aufnahme in die Klinik aufhörten, um sofort nach der Entlassung wieder aufzutreten, und konnte die ausschliessliche Localisation an solchen Stellen, die den Händen der Pat. leicht erreichbar waren, Verdacht erwecken, so schienen die unregelmässigen und gezackten Conturen mancher Herde direct auf eine an der Hautoberfläche ausgespritzte Flüssigkeit hinzudeuten. Besonders beachtenswerth war, dass sich bei ganz frischen Nekrosen innerhalb eines grösseren, intensiv veränderten Bezirkes noch kleine Hautinselchen fanden, deren Epidermis vollkommen intact war und die auch in der Tiefe keinerlei Veränderung erkennen liessen. Erst allmählich wurden solche Stellen in den Krankheitsherd mit einbezogen. Niemals aber fanden sich an diesen Stellen unter der intacten Epidermis durchschimmernde Veränderungen des Papillarkörpers, die nach Kaposi die sichere Unterscheidung zwischen der spontanen, aus der Tiefe kommenden und der durch eine oberflächliche, äusserliche Einwirkung bedingten Gangraen liefern könnten. Als immer weitere Eruptionen auftraten, wurde bei der Mutter genau nachgefragt, und diese erzählte, dass die Tochter häufig geheimnissvoll mit einem Fläschchen herumhantire. Es gelang endlich, auch letzteres zu entdecken, das *Lysol. pur.* enthielt. Pat. leugnete noch immer, bis ihr in einem Reagensglas einige Tropfen Lysol gezeigt wurden, die aus ihrer Haut „herausdestillirt“ worden seien. Da gestand sie, behauptete aber, stets das Mittel nur mit Wasser verdünnt angewandt zu haben. Das wurde bezweifelt, aber Experimente ergaben, dass bei der Pat. wirklich auch geringe Concentrationen einen intensiven Effect hatten. Lösungen bis herab zu 15—20%, die an der Haut des Gesunden höchstens geringe Röthung hervorriefen, bewirkten bei der Pat., auf umschriebenen Hauptparthieen aufgepinselt und nach wenigen Secunden wieder abgewaschen, Röthung, die einmal zur Blasenbildung führte, sonst aber nach 12, 24—36 Stunden zu Nekrosen, die durchaus den früher beobachteten glichen. Und diese Reaction betraf nicht etwa bloss Hautparthieen mit verminderter Sensibilität, sondern auch andere, z. B. am Rücken. Auch diese Schorfe heilten mit intensiven Pigmentirungen ab. *Die Reaction*

*der Haut stand also offenbar in einem quantitativen Missverhältniss zu der Stärke des Eingriffs*, eine Feststellung, die auch bei mehreren anderen Fällen von hysterischer Selbstbeschädigung gemacht werden konnte. Wir müssen also bei der H. das Hereinspielen *abnormer trophischer Beeinflussungen der Haut* in Betracht ziehen. Wenn uns nun auch andere Fälle lehren, dass die Haut hysterischer Individuen auf Versuche mit untauglichen Mitteln (Nadelstiche, Kochsalz u. s. w.) mit Gangraenbildung zu reagiren vermag, so gelangt man schliesslich dazu, sogar Fälle offenbarer Selbstbeschädigung als Demi-Simulation aufzufassen. Damit ist die scharfe Grenze der neurotischen Spontangangraen gegenüber verwischt; denn auch bei dieser bedarf es wohl eines äusseren Anstosses, mag er noch so geringfügig sein, um die Nekrose auszulösen. Die praktische Bedeutung des Falles ist also eine grosse. Die Lehre drängt sich von selbst auf, dass man hysterischen Individuen gegenüber in der Verordnung differenter Substanzen nicht vorsichtig genug sein kann, damit wir nicht in Bezug auf die Selbstbeschädigungen geradezu herausfordernd wirken. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 41.)

— Ueber einen **Fall von hysterischem Tympanismus** berichtet Prof. Raymond: Eine 43jährige Frau kam ins Hospital mit der Angabe, sie fühle Stösse im Leibe, besonders in der linken Seite. Eine nur flüchtige Untersuchung genügte, um heftige verticale Stösse, mit denen manchmal transversale abwechselten, zu constatiren. Lässt man den Leib der Frau unbedeckt, so sieht man sofort die Stösse und eine Volumenzunahme des Leibes. Dieselbe wird manchmal enorm und bereitet der Kranken viele Beschwerlichkeiten. Sensibilitätsstörungen sind dagegen nicht vorhanden. Im letzten October, ein Jahr, nachdem die Menses cessirt hatten, bemerkte die Frau, dass ihr Leib allmählich, aber regelmässig anschwoll. Die befragte Hebamme bestätigte die Schwangerschaft und behauptete, selbst einen Arm des Kindes zu fühlen. Man constatirte ausserdem Chloasma uterinum, Verfärbung der Linea alba; die Brüste betreffend, waren die Montgomery'schen Drüschen angeschwollen; es bestand selbst ein Milcheinschuss; beim Druck auf die Brust floss Colostrum aus. Die Kranke fühlte Kindesbewegungen und hatte bizarre Gelüste; sie glaubte in Bälde niederzukommen; als sie sich am Ende der Schwangerschaft wähnte und doch keine Wehen eintraten, liess sie eine zweite Hebamme kommen, welche die Diagnose der

Schwangerschaft bestätigte und der Patientin erklärte, dass man sich im Datum geirrt habe und dass die Entbindung in 5 Wochen vor sich gehen werde. Als nach Ablauf dieser Frist das Kind immer noch nicht kam, consultirte Pat. eine dritte Hebamme, die, vorsichtiger, der Kranken anrieth, sich in die Salpêtrière zu begeben, um sich radiographiren zu lassen. Die Probe fiel natürlich negativ aus. Von diesem Augenblick an nahm der Leib an Volumen ab, die Milch versiegte; der ganze Symptomencomplex verschwand. Es blieben nur die Stösse im Unterleib zurück. Die Behandlung der Hysterie wird genügen, um auch dieses Symptom zum Schwinden zu bringen.

(Le mois thérapeut. 1903 No. 5. —
Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 98.)

**Influenza.** Ueber die **Beziehungen zwischen I. und Appendicitis** lässt sich Stabsarzt Dr. Schultes (Lyck) aus, der in Jena vom 1. April 1896 bis 31. März 1903 bei seinem Truppentheil (600 Mann) Gelegenheit hatte, eine Reihe von Appendicitis-Fällen, sowie 4 Epidemieen von I. zu beobachten. Im letzen Jahre gerade in den Wintermonaten, während die I. epidemisch herrschte, kam eine auffallende hohe Zahl von Erkrankungen an Appendicitis — im Vergleich zu den früheren Jahren — in Behandlung; bei den drei ersten Epidemieen von I. war keine Appendicitis vorgekommen. Die Epidemie des letzten Winters unterschied sich nun wesentlich von den früheren; sie war die schwerste von allen, erlangte die grösste Ausdehnung und erhielt durch zahlreiche Erkrankungen des Verdauungscanals einen besonderen Charakter; die ersten Fälle boten fast die Erscheinungen eines leichten Typhus. Der Charakter der Fälle wurde durch Nachweis der Influenzabacillen im Sputum erkannt. Es kamen nun dabei neun Fälle von Appendicitis vor; davon bringt Autor drei in sichere aetiologische Beziehung zur I. Bekanntlich kommt Appendicitis bisweilen im Gefolge von Gelenkrheumatismus, Angina, Masern, Mumps, Typhus, Varicellen, Scarlatina, Gicht vor. Auch bei I. ist Appendicitis wiederholt beobachtet worden, ja die Franzosen leiten die in der letzten Zeit sich häufenden Fälle von Appendicitis von dem häufigen Auftreten der I. ab, indem nach ihnen diese Combination fast als Regel zu betrachten ist. Das kann Autor nun nicht bestätigen, da in den ersten drei Epidemieen von I. Appendicitis gar nicht, in den letzten (156 Fälle) nur 3 mal auftrat. Eine solche Wurmfortsatzentzündung ist

wohl als Kartarrh der drüsenreichen Appendixschleimhaut aufzufassen, der durch die dahin gelangten Bacillen hervorgerufen wird. Leichtenstern glaubt überhaupt nicht an eine Perityphlitis in Folge von I., sondern er nimmt eine grippale Enteritis an, die sich auf das unterste Ileum und das Coecum beschränke. Nachdem Adrian den Influenzabacillus im Eiter des perityphlitischen Abscesses nachgewiesen, kann dieser Einwand nicht mehr erhoben werden, dagegen wird nach Franke öfters eine Appendicitis nur vorgetäuscht durch Neuralgieen im Gebiete des N. ileohypogastricus und vielleicht auch des N. ileoinguinalis.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1903 No. 42.)

**Intoxicationen.** Einen **Fall von Petroleumvergiftung bei einem Kinde** beschreibt Dr. Aronheim (Gevelsberg). Eines Tages wurde Nachmittags 2 Uhr zu ihm ein 2½ jähr. Knabe gebracht, bewusstlos, laut röchelnd, mit kaltem Schweiss bedeckt; Nase und Lippen cyanotisch, Extremitäten kalt, Puls sehr beschleunigt und klein, Herztöne rein, aber schwach, Pupillen erweitert und reactionslos. Pat. hatte kurz vorher etwa eine Obertasse (ca. 120g) amerikanischen Petroleums getrunken, war dann sofort bewusstlos hingefallen, hatte 2mal hintereinander sein stark nach Petroleum riechendes Mittagbrod erbrochen. Da reichliches Erbrechen schon erfolgt, machte Autor nur sofort eine subcutane Injection von Ol. camphorat., verordnete heisse Salzwassercompressen, Wärmsteine an die Füsse, liess Milch trinken und 2stündlich einen Kinderlöffel folgender Mixtur nehmen:

Rp. Natr. bicarb. 3,0
Methylatropin. brom. 0,003
Syr. simpl. ad 120,0.

Bis Abend blieb der Zustand beängstigend, dann aber, nach nochmaligem, leicht blutig gefärbtem, stark nach Petroleum riechendem Erbrechen, schlug Pat. die Augen auf, erkannte die Umgebung, entleerte etwa ¼ L. nach Petroleum riechenden, eiweissfreien Harns, behielt etwas Milch bei sich. Am nächsten Tage war er ausser Gefahr. Urin und Stuhl rochen zwar noch nach Petroleum, in den Faeces fanden sich geringe, blutig gefärbte Schleimhautfetzen, im Uebrigen aber bestand völliges Wohlbefinden; im Munde und Pharynx fand sich keine Veränderung, das Kind behielt die Nahrung und spielte heiter mit. — Da hier hauptsächlich das Centralnervensystem afficirt zu

sein schien, möchte Autor, in Uebereinstimmung mit Johannessen, Petroleum zu den Nervengiften zählen.

(Deutsche Medicin. Woche 1903 No. 38.)

— **Drei Salipyrin-Intoxicationen** beobachtete Dr. Dumstrey (Städt. Krankenhaus Rathenow), welche ihm zeigten, dass seine bisherige Meinung von der Ungefährlichkeit des Salipyrins eine irrige war, dass vielmehr das Präparat ein ganz unberechenbares Mittel ist, das unter Umständen sehr gefährlich werden kann. Zwei sonst gesunde Männer waren die ersten Pat., bei denen dies offenbar wurde. Beide hatten nur 1 g Salipyrin genommen und erkrankten fast unmittelbar darauf unter fast gleichen Erscheinungen, die nur auf das genommene Medicament zurückgeführt werden konnten. Stark erweiterte Pupillen, hochrothes Gesicht, colossale Transpiration, Herzklopfen, Athemnoth, Angstzustände, Collaps, ausserordentliche nervöse Unruhe. Dieselben Symptome traten endlich bei einem 14jähr. sehr kräftigen Mädchen hervor, das ½ g Salipyrin genommen hatte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 43.)

— Eine **Massenvergiftung durch Kartoffelsalat** sah Dieudonné. Im August d. J. erkrankten 2 Stunden nach dem Genuss eines solchen 150 Personen mit Kopfweh, Schwindel, Uebelsein. Erbrechen, Collaps, auch kolikartigen Schmerzen im Abdomen, zum Theil auch mit Krämpfen in den unteren Extremitäten, besonders Waden. Metallische Gifte konnten nicht nachgewiesen werden, ebenso war Solaninvergiftung auszuschliessen, da der Solaningehalt der zum Salat verwendeten neuen Kartoffeln ein geringer war. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand man aber im Salat den *Proteus vulgaris*. Wurden Kartoffeln mit diesem inficirt und dann Thieren verfüttert, so gingen dieselben zu Grunde, offenbar an den in den Kartoffeln vom Proteus gebildeten giftigen Stoffen; ebenso fielen die Versuche mit dem Kartoffelsalat selbst aus. Die zum Salat bereiteten Kartoffeln waren bereits Tags zuvor gekocht, geschält, in Stücken geschnitten und über Nacht in grossen Körben aufbewahrt worden; erst am Vormittag wurde dann Salat davon bereitet. In der Nacht und am Vormittag war die Aussentemperatur sehr hoch. Während dieser Zeit konnten sich wohl entsprechende Zersetzungsprodukte bilden. Es ist wahrscheinlich, dass derartige durch Kartoffelsalat hervorgerufene Massenerkrankungen häufig auf Proteusinfection beruhen und nicht

immer Solaninvergiftungen sind. In der Litteratur finden sich bis jetzt keine derartige Beobachtungen, wohl aber verschiedene Angaben über Fleischvergiftungen, bedingt durch Proteus.

(Physikalisch-medic. Gesellschaft zu Würzburg 26. XI. 1903. — (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 51.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** **Gallogen** (= Ellagsäure), den nächsten Verwandten des Tannins und der Gallussäure, ein gelbliches, geruchloses, nur in alkalischen Flüssigkeiten sich lösendes, daher erst im alkalischen Darmsaft sich allmählich abspaltendes Pulver, hat Dr. Franz Haas (Prag) bei verschiedenen Darmprocessen als prompt wirkendes Mittel schätzen gelernt. Bei *Darmtuberculose*, namentlich bei jüngeren Processen, wirkte es als recht gutes symptomatisches Mittel, indem es die Durchfälle beschränkte; auch bei tuberculösen Darmgeschwüren im Kindesalter bewährte es sich. Gleich günstige Wirkung entfaltete es bei *Dysenterie* und bei *Darmsyphilis*. Endlich erwies es sich als energisches Antidiarrhoicum bei Kindern, die an *acutem Brechdurchfall* (Cholera infantum), wie auch an *chron. Darmkatarrhen* litten. Bei Erwachsenen war die einmalige Dosis 0,3 g, pro die wurden 2—25 g gegeben, bei Kindern entsprechend weniger.

(Die Heilkunde 1903 No. 11.)

— Ueber **die therapeutische Verwendung natürlichen Magensaftes bei Magenkranken** macht Dr. L. C. Mayer (Prof. v. Noorden's Abtheilung des Städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.) Mittheilung. Hepp (Paris) hat mit Erfolg versucht, bei gewissen Magenerkrankungen den fehlenden menschlichen Magensaft durch einen anderen natürlichen zu ersetzen, der ihm in Acidität und Gehalt an wirksamen Fermenten möglichst gleichkommt. Man erhielt einen solchen beim Schwein, und zwar ganz rein, ohne unangenehmen Geruch, in seinen Eigenschaften dem menschlichen sehr nahe kommend. Dieser vom lebenden Schweine gewonnene Magensaft, der „*Dyspeptine*", ist recht haltbar, hält sich in der Originalpackung kalt aufbewahrt viele Monate lang, bleibt auf Eis nach Jahren noch tadellos und wirksam. Hepp hat damit bei den verschiedensten Magenaffectionen hervorragende Erfolge erzielt, und auch Autor, der das Präparat*) in den letzten Monaten anwandte, war sehr zufrieden damit. Es bewährte sich bestens selbst bei seit langem bestehenden *Magenkatarrhen* mit und ohne

*) H. Derenburg, Frankfurt a. M.

*Dilatation* des Magens, theils mit vollständig fehlender, theils mit sehr stark herabgesetzter Acidität, die schon vielfach mit anderen Mitteln erfolglos behandelt worden waren. Es erfolgte stets schon wenige Tage nach Einsetzen der Dyspeptinebehandlung ein Schwinden der subjectiven Beschwerden (Magenschmerzen, Druckgefühl, Brechneigung etc.) eine Steigerung des Appetits, ein langsames Ansteigen des Körpergewichts. Es wurde bald constatirt, dass freie Salzsäure wieder vorhanden, die Gesammtacidität gestiegen war. Die Behandlung wurde 5—7 Wochen fortgeführt; auch nach Weglassen der Dyspeptine blieben sämmtliche Pat. ohne Beschwerden. Von grossem Nutzen erwies sich das Präparat bei *Tuberculösen*, insbesondere bei schweren Phthisikern, wo meist der Appetit wesentlich gebessert und ein Ansteigen des Gewichts erreicht wurde. Ebenso bei *Anaemie* und *Chlorose*, die mit Appetitlosigkeit und Erbrechen einhergingen. Die Dosis schwankte je nach Art und Schwere des Falles. Bei lange bestehenden chronischen Magenkatarrhen mit vollständig fehlender freier Salzsäure, bei Magendilatation giebt man, am besten während und nach jeder Mahlzeit je 15 ccm Dyspeptine. Später, wenn die günstige Wirkung bereits eingetreten ist, genügt es vollkommen, 3 mal täglich während der Mahlzeit 15 ccm zu verabreichen. Als Stomachicum wird das Mittel ½ Stunde vor jeder Mahlzeit 10—15 ccm gereicht, unverdünnt oder mit etwas Pfefferminzessenz, bei sehr geschmacksempfindlichen Pat. unter Zusatz von ein wenig Citronensaft oder Bier. Als Hauptindication für die Behandlung mit Dyspeptine sind alle Magenerkrankungen, acute wie chronische, anzusehen, die mit verminderter oder ganz fehlender Säuresecretion einhergehen. Die Dyspeptine bietet dann nicht nur einen vollwerthigen Ersatz für den fehlerhaften Magensaft, sondern regt auch die Salzsäuresecretion an; sie wirkt hier symptomatisch und heilend zugleich. Das Mittel ist ferner ein vortreffliches Stomachicum bei Tuberculose und anaemischen Zuständen.

(**Die Therapie der Gegenwart, December 1903.**)

**Nephritis.** Ueber **Wesen und Aetiologie der Schrumpfniere und ihre erfolgversprechende Behandlung** macht Dr. P. Edel (Medicin. Klinik Würzburg) eine vorläufige Mittheilung. Die Voraussetzung, dass verwandte Gesetze der Eiweissausscheidung bei cyklischer Albuminurie und bei N. zu Grunde liegen, veranlassten Autor zu dem Versuche, die ermuthigenden Resultate, zu denen er durch systematische

Kräftigung der Herzthätigkeit (Bergsteigen und andere Muskelübungen) bei cyklischer Albuminurie gekommen, auf Fälle mit vollentwickelter N. chronica interstitialis auszudehnen. Es lässt sich nicht verstehen, warum die Kräftigung des Herzens gewöhnlich erst dann angestrebt wird, wenn bereits Herzschwäche eingetreten und das Spiel fast verloren ist. Der einfachen Ueberlegung, die zur Erlangung einer möglichst anhaltenden Leistungsfähigkeit planmässige Uebung des Herzens verlangt, wird eine Forderung der bisherigen Lehre entgegengehalten werden, die schlechthin besagt, dass Muskelanstrengungen eine Albuminurie verstärken. Für die cyklische Albuminurie hat Autor bereits das Irrige dieser Lehre ausgeführt. Jetzt ist er in der Lage, auch für die chron. interstitielle N. jenen grundsätzlichen Irrthum aufzudecken. Die Versuche wurden in den letzten 2½ Jahren bei 8 Pat. gemacht, welche die verschiedenen Grade von beginnender N. bis zu weit vorgeschrittener Form mit ausgebildeter Herzinsufficienz, Oedemen etc. darboten. Die Befunde waren folgende:

1. *Warme und* insbesondere *kohlensaure Bäder* vermögen den Blutdruck und zugleich den Eiweissgehalt des Harnes erheblich herabzusetzen. Aufgabe ist es bei dem erhöhten Blutdruck der Nephritiker, nicht eine Steigerung des Blutdruckes nach dem Bade zu erzielen, sondern die im Bade zustande gekommene Herabsetzung des Blutdrucks möglichst festzuhalten. In geeigneten Fällen empfiehlt sich zu diesem Zweck nicht Ruhe, sondern Bewegung (Spaziergang nach dem Bade).
2. Bei *Bettruhe* ging ebenfalls in der Regel Blutdruck und Eiweissgehalt etwas herunter. Der Ablauf dieser Versuche erweckte durchaus den Eindruck, dass die Bettruhe nach Art eines milden, warmen Bades wirkt und vor der einfachen Horizontallage den Vorzug der Bettwärme hat.
3. Vorsichtige Versuche mit minimalen Gaben (2—5 gtt.) *Amylnitrit* ergaben, dass auch hier während der Einathmung Blutdruck und Eiweissgehalt sanken, entsprechend den kleinen Dosen nur mässig, aber doch gesetzmässig und mindestens so wie bei Bettruhe. Steigen des Blutdrucks bei gleichzeitiger Abnahme des Eiweissgehalts kam bei 1—3 nur ausnahmsweise vor.
4. Während des *Bergsteigens* sank in gesetzmässiger Weise und oft bedeutendem Maasse der Eiweissgehalt.

Hier stieg der Blutdruck infolge der sehr gesteigerten Herzarbeit, obwohl auch hier, wie bei 1—3, eine Erweiterung grosser Gefässgebiete zu stande kommt. Die Steigerung des Blutdrucks war bei Nephritikern mit erhöhtem Blutdruck relativ geringer, als bei Menschen mit normalem Blutdrucke, was darauf schliessen lässt, dass die im Gefässgebiet beim Nephritiker zu stande kommende Erweiterung beim Bergsteigen eine grössere ist, als bei normalen Individuen.

5. Wichtig für die Grösse der Abnahme des Eiweissgehaltes ist das Maass der Leistung, die Tageszeit und auch das Klima. Der Nachmittag mit seiner Verdauungsperiode liefert weniger günstige Zahlen, als die Vormittagsstunden. Relativ am wenigsten günstig war im acuten Versuch der Erfolg bei zwei fettleibigen Pat. Bei den schwächlichen und ungeübten Personen kehrte beim Abstieg der erhöhte Blutdruck wieder und trat mit ihm relativ starke Albuminurie ein. Mit zunehmender Uebung sank nach dem Steigen der Blutdruck oft erheblich und war dann sowohl während des Abstiegs als auch der Ruhe nach dem Steigen eine deutliche Abnahme des Eiweissgehaltes constatirbar. Das Bergsteigen, vorsichtig begonnen, wurde sowohl unmittelbar als auch ganz besonders auf die Dauer vorzüglich vertragen und hob in oft überraschender Weise Allgemeinbefinden und Gesammtkraft. Mit zunehmender Uebung sank der Blutdruck nicht nur nach dem Steigen, sondern er wurde andauernd ein tieferer, und in genauer Uebereinstimmung mit dem acuten Versuch nahm mit zunehmendem Herabgehen des Blutdrucks auch der Gesammteiweissgehalt ab. Der erste Patient, bei dem die Behandlung allein in Verordnung eines entsprechenden Maasses von Bergsteigen und Gartenarbeit bestand, hatte eine Albuminurie mittleren Grades, erheblich gesteigerten Blutdruck, hebenden, nicht ganz die Mammillarlinie erreichenden Spitzenstoss. Während bei der vorherigen Schonungstherapie Albuminurie, wenig zufriedenstellendes Allgemeinbefinden unverändert bestehen blieben, nahm unter der genannten Behandlung die Albuminurie allmählich ab und 1¼ Jahr nach Umwandlung seiner Lebensweise in genanntem Sinne verschwand das Eiweiss vollständig und sank der Blutdruck auf eine für den Kräftezustand angemessene Höhe. Der Herzspitzenstoss be-

befindet sich jetzt an normaler Stelle. Bei einem zweiten Pat. sank die frühere continuirliche Albuminurie mittleren Grades immer mehr, bei zunehmender Kraft und Wohlbefinden. Zur Zeit ist Nacht- und Nachmittagsharn völlig eiweissfrei, und nur im Vormittagsharne befinden sich noch minimale Spuren. Die Behandlung bestand ausschliesslich in vorsichtiger Ausübung des Bergsteigens. Bei weiteren sechs Pat. ist ausnahmslos der Eiweissgehalt gesunken und mit ihm auch der Blutdruck.

6. Ein wichtiger, mit in Rechnung zu ziehender Factor ist auch das *Klima*.

Diese für die Therapie ausnützbaren Resultate sind dadurch zu erklären, dass durch die genannten Maassnahmen in dem pathologisch verengerten Gefässgebiet eine für die Circulation in der Niere günstige Erweiterung zu Stande kommt und eine Besserung der Herzthätigkeit. Für das Wesen der Schrumpfniere ist von wesentlichster Bedeutung das Zusammentreffen von Blutdrucksenkung mit Abnahme der Albuminurie bei N. in der Bettruhe, beim Bade, im Gefolge des Bergsteigens, der Einathmung von Amylnitrit, dessen erweiternde Wirkung auf das Gefässsystem bekannt ist, sodann ganz besonders das dauernde Absinken des Blutdruckes mit Abnahme resp. Schwinden der Eiweissausscheidung und andererseits die Beobachtung, dass im Allgemeinen das dauernde Steigen des Blutdrucks bei N. ein ungünstiges Symptom ist, alles dies mit der experimentell festgestellten Thatsache, dass auch nur für kurze Zeit herbeigeführte Verengerung der Nierenarterie zu einer Störung in der Niere führt, veranlasst Autor zu der Annahme, dass *das Wesen der Schrumpfniere in einer Anomalie des Gefässsystems, in abnormer Verengerung im Bereich desselben zu suchen ist*, die einerseits eine andauernd ungenügende Ernährung der Niere zur Folge hat, und ebenso, wie das bei anderen Circulationsstörungen, nämlich allgemeiner Arteriosklerose und Stauung, bekanntlich möglich ist, zur Schrumpfung in der Niere führt, andererseits dem Herzen eine ungewöhnliche und gefahrbringende Leistung zumuthet. Es würde also die Schrumpfniere in den meisten Fällen Folge einer sich durch abnorme Contraction von Gefässen äussernden *Neurose* sein. Ausser den bekannten aetiologischen Momenten, wie Gicht, Alkoholismus, chron. Bleivergiftung, Arteriosklerose etc., die gewiss nicht gegen die Annahme der ursächlichen Bedeutung von Herz und Gefässsystem sprechen, bilden auch *Neurasthenie*, die

grossen Aufregungen im Beruf des Mannes u. dergl. ein hervorragendes ursächliches Moment bei Entstehung der Schrumpfniere durch Begünstigung jener Anomalie der Gefässe; ausserdem scheint eine gewisse Disposition durch *Fettleibigkeit* in Folge übermässiger Belastung des Herzens gegeben. Demnach wären Hauptziele der Behandlung Kräftigung des Herzens und die Herabsetzung des Blutdrucks resp. die Erweiterung des Gefässsystems, die je nach Lage des Falles durch Bäder, Klima, in schweren Fällen durch Zuhülfenahme des Bettes anzustreben ist, zu deren Erreichung aber am meisten entsprechende Muskelübung beiträgt. Ein hochwichtiger Factor ist ferner die eingehende Berücksichtigung der Nervosität. Ein dem Falle entsprechendes Maass geeigneter Muskelübung und ein Leben, das möglichst alle Schäden unserer Cultur vermeidet, sind hervorragende Mittel in der Prophylaxe und Therapie der Schrumpfniere.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 43.)

— Die **Eisbehandlung bei acuter N.** hat L. Stembo (Wilna) in einer Scharlachepidemie mit bestem Erfolge angewandt, der auf die Nierengegend applicirte Eisbeutel erwies sich (auch bei acut gewordener chronischer N.) als sehr wirksam, indem er wohl eine rasche Entspannung im Inneren der Nieren herbeiführte.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1903.)

**Pleuritis.** Einen Fall von **P. pulsans dextra** beobachtete Privatdoc. Dr. E. Bendix (Medic. Klinik Göttingen). P. pulsans ist eine recht seltene Affection, die aber besonders selten rechterseits auftritt, vielmehr meist links localisirt ist. Pat., eine 43jähr. Frau, wurde operirt, es entleerten sich sofort ca. 300 ccm dickflüssigen Eiters, in den nächsten Tagen noch mehr; gleich nach der Operation war die Pulsation kaum noch zu fühlen und verschwand im Verlaufe der nächsten Tage vollständig. Zum Zustandekommen der Pulsation bei P. sind hauptsächlich zwei Bedingungen nöthig: zunächst eine lebhafte Herzaction, sodann muss die pulsirende Stelle der Thoraxwand immer einen geringeren Widerstand der Pulswelle bieten, als die übrigen das Exsudat begrenzenden Wände; wahrscheinlich gehört auch dazu, dass eine Abkapselung des Exsudates bestehen muss. Die Bewegung der linken Seite ergiebt sich daraus, dass die Strecke für die Uebertragung der Herzbewegung nach links eine viel kürzere ist, und dass

die Widerstände, die das Mediastinum der Pulswelle nach rechts bietet, nach links wegfallen. Im obigen Falle stellte sich Autor das Zustandekommen der P. pulsans folgendermaassen vor: Es bestand eine sehr kräftige Herzaction (hebender Spitzenstoss), welche, abgesehen von der Circulationsstörung, infolge des grossen pleuritischen Exsudates wahrscheinlich noch durch einen Klappenfehler bedingt war. Diese kräftige Herzaction konnte sich nun leicht auf die rechte Thoraxwand übertragen. Denn das ziemlich beträchtliche und abgekapselte Exsudat war dem Herzen fest angepresst, und vermöge seiner dickflüssigen Beschaffenheit und den reichlichen Fibrinmassen bildete es eine fast solide tumorartige Masse, welche vom Herzen bis zur rechten Thoraxwand reichte. Die durch die lebhafte Herzbewegung entstandene und dem Exsudate mitgetheilte Pulswelle fand an der Thoraxwand, deren Intercostalräume durch das schon länger bestehende Exsudat gedehnt und vielleicht infolge der allgemeinen Kachexie auch erschlafft waren, einen geringeren Widerstand, als nach den anderen Richtungen hin. Dass die Pulsationen in der Seite stärker zu fühlen waren als in der directen Nachbarschaft des Herzens, findet seine Erklärung im Bau des Thorax: die Intercostalräume sind in der Seite viel weiter als dicht neben dem Sternum. Die Differentialdiagnose ist eigentlich nicht schwierig. Trotzdem sind schon Verwechselungen mit Aneurysmen vorgekommen; solche lassen sich wohl aber unter Berücksichtigung der Percussions- und Auscultationsergebnisse vermeiden. Man muss nur eben das Vorkommen der P. pulsans kennen und daran denken, dann lässt sie sich auch unschwer unterscheiden von den seltenen Pulsationen bei intrathoracischen Tumoren und bei Pneumonia pulsans.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

**Pneumonie.** Ueber **epidemische P.** lässt sich Dr. Fr. Spaet (Ebern) aus auf Grund von Beobachtungen aus einer Epidemie von echter genuiner croupöser P., einer Epidemie von solcher Ausdehnung, wie sie wohl selten gesehen wird. Innerhalb von kaum 2 Monaten waren 13,9 % der Ortsbevölkerung erkrankt, hauptsächlich Kinder und jugendliche Individuen. Es ging aus allem hervor, dass die P. zu den contagiösen Krankheiten gehört, und dass man viel mehr Sorgfalt auf die Vernichtung des Sputums, Desinfection der Wohnungen u. s. w. zu richten hat, als es bisher geschehen ist. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 39 u. 40.)

– **Parotitis secundaria bei P.** und *Entleerung des Eiters durch das Gangsystem* beobachtete Dr. K. Pichler (Landeskrankenhaus Klagenfurt). Ein junger Arbeiter erkrankte an P. des linken Unterlappens. Etwa eine Woche nach Beginn begann sich linksseitige Parotitis zu zeigen, die dann allmähliche Fortschritte machte. Wieder eine Woche nach Beginn der Parotitis entleerte sich aus der Mundöffnung des linken Ductus Stenonianus theils spontan im Augenblicke des Mundöffnens, theils auf sanften Druck von aussen auf die Schwellung eine bald dicklich-schleimige bald trübe, eitrige Flüssigkeit, in der sich ausser Detritus, Plattenepithelien und Leukocyten spärliche kleine Diplokokken vorfanden. Dieses Ausfliessen von eitrigem Schleim aus dem Ductus Stenonianus der kranken Seite dauerte in abnehmender Stärke etwa 6 Wochen an; stets fanden sich an Bakterien nur kleine Diplokokken. Die Drüse war 10 Tage nach Beginn des Schleimausflusses nicht mehr geschwollen und verblieb auch in diesem Zustande. Wegen der nicht vorgenommenen genauen Differenzirung des Diplococcus ist ja die Deutung der Parotitis als pneumococcica nicht sichergestellt, immerhin aber doch sehr wahrscheinlich. Eine Parotitis bei P. ist recht selten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 49.)

**Rheumatismen.** Ueber **Complication der Angina mit acuter Thyreoiditis** berichtet Dr. W. Lublinski (Berlin). Bekanntlich kommt acute Thyreoiditis bei septischen Erkrankungen, bei Typhus, Pneumonie vor, und zwar meist in eitriger Form. Im Laufe einer Angina hat Autor diese Affection im Laufe der letzten 10 Jahre 4 mal auftreten geschen. Alle Fälle betrafen weibliche Individuen im Alter von 20—30 Jahren, die bisher nie eine Schwellung der Schilddrüse gehabt hatten. Der Verlauf war in allen Fällen der gleiche. Während einer mittelschweren Angina mit Fieber, das kaum 39° überstieg, trat plötzlich nach Ablauf der fieberhaften Periode, meist am 5. oder 6. Tage, mit einer neuen Fiebererhebung, die aber in mässigen Grenzen blieb (38—38,5°) eine schmerzhafte Anschwellung der Schilddrüse ein, die 2 mal das ganze Organ, 2 mal nur den linken Lappen betraf. Die Anschwellung war druckempfindlich, 1 mal so schmerzhaft, dass selbst die Bewegung des Kopfes vermieden wurde. Aeusserlich keine Röthung. Nur 1 mal leichte Athemnoth. Stets Pulsbeschleunigung, die noch nach Ablauf des 2—3 Tage währenden Fiebers anhielt und wahrscheinlich Folge des plötzlichen Druckes

auf den N. vagus war. Die Schwellung der Drüse ging nur allmählich zurück, 2mal währte sie etwa 14 Tage, 1mal 4, 1mal sogar 8 Wochen. Complicationen schlossen sich nicht an. Bei einer Pat. war ein Recidiv der Angina nach ½ Jahr wiederum mit Thyreoiditis complicirt. Nie kam es dabei zur Eiterung. Warum? lässt sich nur vermuthen. Die einzigen bisher beschriebenen Fälle von Angina mit Thyreoiditis, die von Quervain herrühren, gingen auch nicht in Eiterung über. Godlee hat vielleicht Recht, der von der *acuten rheumatischen Thyreoiditis* annimmt, dass sie nie in Eiterung übergeht. Dass zwischen Angina und Rh. ein inniger Zusammenhang besteht, ist bekannt. Nimmt man an, dass auch obige vier Fälle „rheumatische" Angina waren, nur dass ihr nicht Gelenkerkrankung, sondern Schilddrüsenentzündung folgte, so erklärt sich deren Nichtvereiterung eben durch ihre rheumatische Natur. Bei vorher normaler Schilddrüse dürfte also der Ausgang, wie bei obigen Fällen, stets ein günstiger sein. War vorher schon Struma vorhanden, so kann ein operativer Eingriff nöthig werden, wie bei einer Pat. von Quervain. Letzterer fand auch Natr. salicyl. nützlich. In obigen Fällen begnügte sich Autor mit einer Eisbehandlung gegen die Angina und die Thyreoiditis, gegen letztere wurde, nachdem Fieber und Schmerzhaftigkeit geschwunden, dann noch Jodsalbe angewendet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 41.)

— Ueber die **Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Menzerschem Antistreptokokkenserum** berichtet Prof. Dr. A. Schmidt (Stadtkrankenhaus Friedrichstadt in Dresden), der damit 15 Pat. behandelt hat. Davon waren 8 subacute resp. subchronische Fälle, solche die nach verhältnissmässig kurzer Dauer des acuten Stadiums in die chron. Form übergegangen waren. Die Pat. hatten ausser medicamentösen Curen auch eine Reihe physikalischer Methoden (Bier'sche Stauung, Sandbäder, heisse Luft etc.) durchgemacht, waren ganz oder nahezu fieberfrei, genügend kräftig und befanden sich auf einem Punkte, wo die Krankheit quasi weder vor- noch rückwärts ging. Weiter waren vier Fälle, die noch zum acuten Gelenkrheumatismus gerechnet werden mussten, bei denen aber ebenfalls die fieberhaften Erscheinungen schon abgelaufen waren, während Schwellung und Schmerzen sich noch in einzelnen Gelenken hielten und allen Mitteln trotzten. Die letzten drei Fälle waren chronische. Die Zahl der Injectionen betrug 1—8, die

jedesmalige Dosis 5—20 ccm. Tastend vorgehend, steigerte man die Dosis möglichst schnell bis zur deutlichen Reaction. Erst wenn diese völlig abgelaufen war, worüber event. mehrere Tage verstrichen, wurde eine neue Injection gemacht. Als Injectionsort wurde die Umgebung der am meisten erkrankten Gelenke gewählt, nachdem sich gezeigt hatte, dass unter Umständen von hier aus die Wirkung eine grössere waren, als von entfernteren Stellen. Die Reaction verlief bei den einzelnen Pat. ganz verschieden stark: 7mal war hohes Fieber und starke locale Erscheinungen, 5mal nur locale Erscheinungen, 3mal keinerlei Veränderung zu constatiren. Autor hatte den Eindruck, dass die zu verschiedenen Zeiten von Merck bezogenen Sera in Bezug auf Erzeugung einer Reaction nicht gleichwerthig waren. Die allgemeine Reaction bestand in Fieber, die locale in einer oedematösen Infiltration der Injectionsstelle und ihrer Umgebung, verbunden mit starker Röthung der Haut; manchmal schwoll die ganze Extremität in dieser Weise an und wurde druckempfindlich. Eine specifische Reaction der erkrankten Gelenke wurde nie bemerkt. 2mal stellte sich allgemeine Urticaria ein. Im Allgemeinen schien eine stärkere Reaction auch von einem besseren Erfolge begleitet zu sein. Was letztere betrifft, so müsste man die subjectiven Besserungen streng von den objectiven sondern, da die Suggestion eine grosse Rolle spielt. Unter Anwendung eines derartigen Maassstabes war 6mal ein deutlicher (objectiver) Erfolg gesehen, 4mal ein unsicherer (nur subjectiver), 5mal keiner. In der ersten Rubrik befinden sich 4 subchronische (resp. subacute) Fälle und 2 acute. Bei einem subchronischen Pat., der schon ein Jahr im Krankenhaus erfolglos behandelt war, wurde durch die Injectionen innerhalb kurzer Zeit Schmerzfreiheit und Arbeitsfähigkeit erzielt. Hier wie in den anderen Fällen meist bestand der Erfolg mehr in dem Nachlassen der Schmerzen und der Zunahme der Gebrauchsfähigkeit der Gelenke, als in dem Verschwinden der Schwellungen; letztere blieben oft noch lange zurück. Ueber die Dauer des Erfolges kann Autor nur berichten, dass sie in dem genannten Falle über 9 Monate gewährt hat, während in zwei ähnlichen nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr bereits ein Rückfall eintrat. Unter den unsicheren Erfolgen figuriren 3 subchronische und 1 acuter Fall, unter den negativen die 3 chronischen und 1 acuter Fall. Leichte Endocarditis und compensirte Herzfehler galten nicht als Contraindication der Behandlung, ebensowenig intercurrirende Anginen, doch

wurde stets abgewartet, bis die dadurch bedingten acuten Fiebersteigerungen abgelaufen waren. Sein Urtheil zusammenfassend, glaubt Autor nicht, dass man es hier mit einer ähnlich specifischen Wirkung zu thun hat, wie beim Diphtherieserum und Tuberculin. Dennoch lassen sich gewisse Erfolge nicht leugnen, speciell nicht für die Fälle von subacutem, resp. subchronischem Gelenkrheumatismus; bei acuten Fällen leistet es anscheinend wenig, bei chronischen nichts. Für die Praxis wäre zu empfehlen, das Serum erst in Anwendung zu ziehen, wenn die anderen Mittel versagt haben.

(Naturforscherversammlung in Cassel. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 49.)

**Tumoren.** Zur **Prophylaxis des Magenkrebses** giebt Dr. W. Alexander-Katz (Hamburg) beherzigenswerthe Winke. Während alle anderen aetiologischen Factoren für Carcinom noch recht wenig klar vorliegen, steht es mit den *chronischen Reizwirkungen* anders. Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, deren klinische Bestätigung sich fast täglich wiederholt, dass langdauernde Einwirkungen mechanischer oder chemischer Art Krebs im Gefolge haben können. Es sei erinnert an den Theer- und Paraffinarbeiterkrebs, an die Krebsentwicklung durch Druck von spitzen Zähnen, durch das Tragen von Pessarien u. s. w. Auch die locale Verbreitungsweise des Carcinoms im Magendarmcanal hat man schon seit langem durch die Wirkungen häufig wiederkehrender Reize erklärt. Die Lieblingsstelle des Speiseröhrenkrebses in der Gegend der Bifurcation, des Magenkrebses an der kleinen Curvatur und am Pylorus, des Dickdarm- und Rectumcarcinoms sind Stellen, welche vorzugsweise mechanischen Läsionen, Druck, Zerrung und Reibung ausgesetzt sind. Fütterer hat auch für die auf dem Boden von Magengeschwüren sich bildenden Carcinome nachgewiesen, dass es mechanische Insulte sein müssen, welche die Geschwulstbildung hervorrufen. Auch die aus Magengeschwüren hervorgehenden Narben geben oft durch Verdickungen, Erhöhungen und Vertiefungen reichliche Gelegenheit zu solchen Insulten, wie auch die bei chronischem Magenkartarrh so häufigen, oft weit ins Lumen hervorspringenden hypertrophischen Verdickungen und Schleimhautfalten sicherlich Stellen von erhöhtem Reibungswiderstand sind. Wenn wir uns die Localisationsverhältnisse des Magendarmkrebses vor Augen führen, der besonders häufig im Magen selbst, *besonders selten im Dünndarm*, im Verlaufe des Dickdarms wieder häufiger auftretend, am

meisten an dessen unterem Ende gefunden wird, so fällt vor allem die Parallele auf, welche zwischen dieser Verbreitungsweise und der Consistenz der im Magendarmcanal befindlichen Nahrungsstoffe besteht. Die Consistenz der in den Magen gelangenden Ingesta ist im Allgemeinen breiig, vermischt mit vielen festen Bestandtheilen, im Dünndarm flüssig, und im Verlaufe des Dickdarms erhält der Inhalt wieder feste Formen, bis er im Rectum oft zu harten Massen sich verdickt. Demnach ist der Krebs dort am häufigsten, wo feste Nahrungsbestandtheile Gelegenheit zu immer wiederkehrenden mechanischen Insulten geben, am seltensten da, wo flüssige Nahrung den Darm passirt, um wieder steigende Häufigkeit dort zu zeigen, wo sich der Darminhalt allmählich verdickt. Dass die Carcinome im höheren Alter so häufig, liegt hauptsächlich wohl daran, dass die im Laufe der Jahre immer wiederkehrenden, sich cumulirenden Insulte allmählich zur Auslösung ihrer verhängnissvollen Wirkungskraft gelangen. Alles dies giebt uns Winke genug zu einer wirksamen Prophylaxe, die darauf hinzuzielen hat, die den Magen treffenden Insulte zu verhüten oder in ihrer Wirkung abzuschwächen. Zuerst wird es darauf ankommen, den Nahrungsmitteln eine Consistenzform zu geben, die derjenigen der im Dünndarm befindlichen Ingesta nahe kommt, d. h. es ist dafür Sorge zu tragen, dass *der Mageninhalt eine möglichst flüssige, von festen Substanzen freie Form erhält.* Dazu stehen uns drei Mittel zu Gebote. Erstens die sorgfältige Zerkleinerung der Nahrung im Munde, die ja heut in der Hast des Lebens nur sehr ungenügend von statten zu gehen pflegt. Dann die Zubereitung und Auswahl der Speisen. Klein geschnittene, geschabte und vor allen Dingen gekochte Nahrungsmittel, deren Fasern und Structur gelockert, deren Hüllen erweicht sind, werden leichter als rohe der physikalischen und chemischen Zerkleinerung zugänglich sein, breiige und flüssige Speisen werden den Vorzug verdienen. Dass auf dem Lande Carcinome seltener sind, als in den Städten, liegt zum Theil daran, dass die ländliche Ernährungsweise gleichförmiger, reizloser ist, zum Theil an den besseren Gebissverhältnissen und an der Ruhe und Regelmässigkeit, mit der die Mahlzeiten eingenommen werden. Die dritte prophylaktische Maassregel gegen Magenkrebs besteht im gleichzeitigen Genuss von Wasser oder einer anderern indifferenten Flüssigkeit während jeder trockenen Mahlzeit. Durch Experimente von Hirsch und Moritz ist festgestellt worden, dass bei

Anwesenheit einer mässigen Menge Wasser die Magenentleerung in viel kürzerer Zeit verläuft, und selbst die Austreibung fester Substanzen dadurch erheblich beschleunigt wird. Die Lösung der festen Theile des Mageninhalts, welche bei Trockenernährung nur von der beigemischten Speichelmenge und dem Magensaft erfolgen kann, wird durch die Mitwirkung von Flüssigkeiten wesentlich gefördert werden; zum mindesten findet in den Flüssigkeiten eine Suspension und feinste Vertheilung der unlöslichen Partikelchen statt, welche genügt, um leichten und schnelleren Durchtritt durch den Pylorus herbeizuführen. Und auch die chemische Umsetzung des Chymus wird durch Lösung oder Suspension der Stoffe gefördert, welche in dieser Form durch Vergrösserung ihrer Oberfläche dem Magensaft eine grössere Angriffsfläche gewähren. Leicht verständlich ist es auch, dass der flüssige Mageninhalt geringeren Reibungswiderstand den Magenwänden bietet, als der breiig-compacte, dass der flüssigere, sich lebhafter bewegende Nahrungsstrom besser im Stande ist, an überhängenden Geschwürs- und Narbenrändern verfangene Körperchen zu befreien und wegzuspülen. Also diese *drei Maassregeln: Die feinste Zerkleinerung der Speisen im Munde, die passende Zubereitung der Nahrungsmittel, die Beimischung einer gewissen Flüssigkeitsmenge*, sind zweckentsprechende Mittel, um die den Magen gefährdenden Insulte abzuschwächen. Weiterhin hat man aber auch der Entwickelung von Narben und Geschwüren selbst vorzubeugen, indem man für Ausheilung von Anaemieen und Chlorosen, hyperaciden Secretionsanomalieen etc. sorgt und Excesse und Fehler in der Diaet (zu heisse und zu kalte Speisen und Getränke, zu copiöse Mahlzeiten) verhütet. Schonung des gefährdeten Organs nach jeder Richtung hin — das ist die Devise!

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Vier Fälle von **multipler symmetrischer Lipomatose** demonstrirte Max Rothmann. Bei allen Pat. findet man die von Madelung als *Fetthals* bezeichnete Affection, ein typisches Bild: nämlich vier symmetrisch angeordnete Fettgeschwülste am Rücken, in der Weise gelagert, dass zwei symmetrische Lipome in der Nackengegend an der Haargrenze sich befinden, zwei weitere über der oberen Halswirbelsäule liegen. Bei dem ersten Patienten, einem 61 jähr. Manne, sieht man die unteren T. nicht mehr, weil sie vor 12 Jahren exstirpirt worden sind und nicht recidivirten.

Letzteres trat dagegen ein beim zweiten Patienten, einem 48jähr. Manne, der, vor einigen Jahren an derselben Stelle operirt, dort jetzt wieder zwei mächtige T. zeigt. Man sieht bei diesen Pat. auch, dass die Bezeichnung „Fetthals" nicht umfassend genug ist; denn neben den Nackengeschwülsten und geringeren Schwellungen am Halse sind bei dem ersten Pat. vor allem interessant colossale Fettmassen, die wie wattirte Ärmel die Oberarme völlig umgeben, und die besonders grotesk hervortreten, weil daneben die Unterarme fast völligen Schwund des Fettgewebes zeigen. Fettansammlungen finden sich auch an den Oberschenkeln und an beiden Seiten der Lendenwirbelsäule. Beim zweiten Pat. sind zwar die Extremitäten frei, aber neben den colossalen Fetttumoren am Nacken bestehen solche in beiden Mammae und auch unten am Bauch. Während beim ersten Pat. die Affection bereits vor 20 Jahren begonnen hat und beim zweiten Pat. mindestens ebenso lange besteht, datirt beim dritten Pat., einem 60jähr. Manne, der Krankheitsbeginn nur 4 Jahre zurück. Auch er hat vier prall gespannte T. im Nacken und Rücken, ferner einen die ganze vordere Halsgegend einnehmenden, der theils durch Druck auf Kehlkopf und Trachea, theils durch Hineinwuchern ins vordere Mediastinum zu Athembeschwerden geführt hat. Der vierte Pat. stellt das Anfangsstadium dieser Affection dar. Der 64jähr. Mann ist vor einem Jahre erkrankt und zeigt im Nacken erst kleine T., aber ausserdem noch solche in beiden Fossae supraclaviculares, in der Lendengegend an jeder Seite der Wirbelsäule und jederseits in der Inguinalgegend. Bei chirurgischen Eingriffen, die bei solchen T. gemacht worden sind, hat es sich gezeigt, dass es sich nicht etwa um scharf abgegrenzte Lipome handelt, sondern um Fettwucherungen, die ohne jede Kapsel tief in das umgebende Gewebe hineindringen, sodass die Exstirpation sehr schwierig werden kann. Was die Ursachen der Affection anbelangt, so ist schon früher wiederholt auf einen Zusammenhang dieser symmetrischen Lipomatosen mit Schilddrüsenaffectionen hingewiesen worden; es wurde in solchen Fällen ein Fehlen der Schilddrüse constatirt. Dem Autor fiel bei dem ersten Pat. auf, dass neben den ausgesprochenen Fettgeschwülsten gewisse Hautparthieen, vor allem in der unteren Gesichtshälfte, einen eigenthümlich diffus geschwollenen Eindruck machten, sodass Autor nicht sicher war, ob es sich hier um Fettansammlungen handelte oder um Myxoedem. Autor gab daher Schildrüsentabletten, und

mit gutem Erfolge. Sämmtliche Fettansammlungen haben sich in den 2 Monaten, während deren Pat. 200 Tabletten nahm, wesentlich verkleinert und sind weich geworden, während sie vordem prall gespannt waren. Auch im zweiten Fall ist eine Erweichung der Nackentumoren und auch Verkleinerung bereits zu constatiren (die beiden anderen Fälle sind noch unbehandelt). Es erscheint daher berechtigt, die Schilddrüsenbehandlung in jedem Falle von multipler symmetrischer Lipomatose zu versuchen, da man oft wesentliche Abnahme des Fettes dadurch erreichen wird. Betont sei noch, dass in all diesen Fällen von einer allgemeinen Fettsucht durchaus nicht die Rede ist; die Pat. zeigen an den Stellen, an denen keine Fettgeschwülste liegen, eher einen Schwund des Fettgewebes.

(Berliner med. Gesellschaft, 11. XI. 1903. — Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 47.)

**Ulcus cruris.** **Protargol** wandte Dr. Markovics in der Filialabtheilung des Rochusspitals in Budapest bei U. mit bestem Erfolge an, und zwar 10%iges Protargol-Glycerin theils in Form öfterer Einpinselungen, theils in Form von Dunstverbänden. Die an Grösse und Ausdehnung verschiedenen Geschwüre gingen rasch in Heilung über. Schon in den ersten Tagen nahm die Wundsecretion bedeutend ab und hörte in kurzer Zeit vollständig auf, von den Wundrändern und dem Geschwürsgrund aus begann starke Granulation, und es bildete sich eine feste Narbe aus, welche den neuerlichen Ausbruch verhinderte. Die einfache Therapie machte wohl manchmal 1—2 Tage geringen Schmerz, verlief aber im Uebrigen schmerz- und reactionslos. Bei sehr grossem und tiefem U. wurde auch folgende besser trocknende Paste benützt:

Rp. Protargol. 10,0—15,0
Terr. silic. 5,0
Glycerin. 65,0
Magn. carbonic. 15,0.

(Medicin. Blätter 1903 No. 13).

**Wanderniere.** Die **Heftpflasterverbandmethode** hat Dr. B. Schmitz (Wildungen) als sehr praktisch befunden. Zum ersten Male wandte Autor diese Methode bei einer Dame mit exquisit beweglicher rechter Niere an, indem er einen 5 cm breiten Heftpflasterstreifen von links nach rechts horizontal über den Unterleib direct über der

Symphyse mit mässigem Zug anlegte, den Heftpflasterstreifen an der kranken Seite dem Darmbeinkamm parallel weiter zum Rücken führte und quer über den Rücken bis über das Rückgrat hinaus festklebte. Sofort war der jahrelang bestehende, mehr oder weniger fühlbare Rückenschmerz verschwunden und ein angenehmes Gefühl von Festigkeit des Leibes vorhanden. Der Verband konnte 8 Tage liegen bleiben, ohne dass die Beschwerden wiederkehrten. Er wurde noch 3mal nach je 8 Tagen erneuert, und es war sodann das jahrelange Leiden, bestehend in Rückenschmerzen, Verdauungsstörungen, Nervosität etc., verschwunden. Noch öfter hat Autor ähnliche günstige Resultate gesehen, insbesondere dann, wenn durch die W. eine Zerrung und Reizung der Nerven bestanden hatte. Er hat Heftpflasterstreifen von bestimmter Form (perforirt, 8—10 cm breit, 40 cm lang, auslaufend in zwei Bändern von 35 cm Länge) herstellen lassen und glaubt die Nierenfixation durch solche Heftpflasterstreifen auch für jegliche Form von chron. *Nephritis* empfehlen zu dürfen; es werden den kranken Nieren dadurch alle Erschütterungen ferngehalten, die Pat. befinden sich viel wohler, und auch die Eiweissausscheidung scheint günstig beeinflusst zu werden.

(**75. Naturforscherversammlung, 22. IX. 1903.**)

---

# Vermischtes.

— Der **21. Congress für innere Medicin** findet vom 18. bis 21. April 1904 in Leipzig statt unter dem Vorsitze des Herrn Merkel (Nürnberg). Am ersten Sitzungstage, Montag, den 18. April 1904, werden die Herren Marchand (Leipzig) und Romberg (Marburg): *Ueber die Arteriosklerose* referiren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Secretär des Congresses, Herr Geheimrath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, entgegen.

— **Ein interessanter Betrugsfall durch Röntgographie aufgedeckt** wurde von Dr. C. Schmalfuss (Hannover), interessant dadurch, dass es dem angeblich durch einen

Betriebsunfall Verletzten gelungen war, unverdächtige Zeugen für einen fingirten Unfall zu beschaffen und mehrere Aerzte auch bei längerem Aufenthalt in einer Heilanstalt zu täuschen. Der Betreffende, ein Werkführer, wollte am 26. III. 1902 dadurch verunglückt sein, dass ein Stapel Bohlen umfiel und gegen sein linkes Bein stiess. Augenzeugen waren nicht vorhanden, doch hat er gleich am selben Tage einen Mitarbeiter, der ihn hinken sah, von dem „Unfall“ Mittheilung gemacht und ebenso am nächsten Tage dem Betriebsunternehmer, der ihn nach dem Grunde fragte, warum er das linke Bein nachziehe. Er schickte den Pat. zum Arzt, der die Verletzung folgendermaassen beschrieb: „Es handelt sich um eine Contusion und Knochenverletzung und Sehnenzerrung im inneren linken Kniegelenk. Flexion im linken Kniegelenk nur zu 50° möglich, Streckung fast vollständig ausführbar. Völlige Wiederherstellung ist nicht zu erwarten; Functionsstörungen, Bewegungsstörungen, besonders bei Streckung werden bei Anstrengungen zurückbleiben.“ Auf Grund dieses Gutachtens ordnete die Berufsgenossenschaft die Ueberführung in eine Heilanstalt an, und dort verblieb Pat. vom 27. VII. bis 1. XI. 1902. Bei der Entlassung wurde attestirt: „Es sind am linken Knie Zeichen von Verletzung der Weichtheile oder Knochen nicht mehr zu bemerken, das linke Knie besitzt ebenso scharf ausgeprägte Conturen wie das rechte. Entzündungserscheinungen oder Erguss sind am linken Knie nicht zu bemerken, Veränderungen an den Knochen des Gelenks sind nicht zu fühlen. Die Kniescheibe zeigt dieselbe Verschieblichkeit wie rechts. Streckung ist im linken Kniegelenk völlig frei, active Beugung ist ganz unwesentlich behindert, passiv ist solche ebenso weit möglich wie rechts. Linkes Fuss- und Hüftgelenk werden frei bewegt. Zeitweise fühlt man bei stärkeren Bewegungen leises Knarren im linken Knie, doch ist diese Erscheinung in gleicher Weise auch rechts vorhanden. Auf Druck ist angeblich das Schienbein an der Aussenseite des Kniegelenks noch schmerzhaft, doch ist hierfür objectiv eine Ursache nicht zu finden. Ebenso lassen sich die Beschwerden des B. — dass er beim Stehen Stechen im Knie habe — und der noch immer schlechte Gang durch den Befund nicht erklären. Der linke Oberschenkel ist im Umfang 1 cm schwächer als der rechte, der linke Unterschenkel ist 0,5 cm stärker als rechts. Der stärkere Umfang ist Folge der Massage. Die Muskeln des Oberschenkels fühlen sich nur leicht schlaffer an als rechts.“

Es wurde eine Rente von 20% bewilligt. Pat. legt Berufung ein und verlangt 50%. Autor stellte am 13. II. 1903 folgenden Befund fest: Umfang beider Kniegelenke gleich, Umfang des linken Oberschenkels durchschnittlich 1 cm geringer als der des rechten, grösster Umfang der linken Wade 0,5 cm grösser als der der rechten. Bei Bewegungen im linken Knie Knarren zu fühlen, im rechten gleichfalls, aber schwächer, Beweglichkeit im linken Knie für extreme Beugung noch beschränkt. Da der Befund die Klagen des Pat. nicht erklärte, und da sowohl der in der Heilanstalt wie der jetzt erhobene Befund sehr wenig mit dem vom ersten Arzte erhobenen in Einklang zu bringen war, empfahl Autor Röntgographie. Und was ergab dieselbe? Im linken Oberschenkel in der Kniegelenksgegend zwei Kugeln, offenbar Rehposten, eine im Condylus internus, die andere an der Aussenseite desselben. Bei genauerem Nachsuchen fanden sich auch die feinen Narben der Einschussstellen; sie waren so fein, dass sie allen Untersuchungen bisher entgangen waren. Pat. will keine Ahnung haben, wie die Kugeln ins Bein kommen! Er wurde zur Tragung der Kosten verurtheilt und ihm die Rente entzogen, womit er sich stillschweigend beruhigte. Der Fall mahnt wieder, in solch zweifelhaften Fällen, wo Beschwerden durch objective Befunde nicht erklärt werden können, sofort eine Durchleuchtung vornehmen zu lassen. Wäre damals in der Anstalt dies geschehen, so hätte die Berufsgenossenschaft viele Kosten erspart. Der Fall zeigt ferner, wie bedenklich die Praxis ist, dass ein Unfall schon dann als bewiesen gilt, wenn ein Verletzter, dessen Unfall Augenzeugen nicht hatte, am selben Tage Mitarbeitern von dem angeblichen Unfall Mittheilung macht.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 Nr. 21.)

— Ein von ihm selbst einst construirtes **Doppelhörrohr** hat Med.-Rath Kreisarzt Dr. Hecker (Weissenburg i. Els.) nunmehr seit 20 Jahren in Gebrauch. Es hat verschiedene Vorzüge auch vor anderen Doppelhörrohren. Aus Buchsbaumholz hergestellt, hat es am unteren Ende einen Hornansatz, der, schmal und scharf, wie er ist, sich auch sehr gut bei engen Verhältnissen (Oberschlüsselbeingruben) fest andrücken lässt, an seinen glattpolirten Wänden nicht leicht Fremdkörper und damit Infectionskeime haften lässt, und unzerbrechlich ist. Preis: 3 Mk. (Streisguth in Strassburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 45.)

— **Apotheker Weigerts Castoreum-Bromid** (Sal bromat. effervescens cum Valerian. et Castoreo) hat sich durch seine zweckmässige Zusammensetzung bei verschiedenen Aerzten schnell beliebt gemacht. Von autoritativer Seite wird das Präparat als „*sehr brauchbares Nervinum und besonders Antihystericum*“ bezeichnet, und in einer grossen Anzahl von Königl. Kliniken und Sanatorien werden zur Zeit Versuche damit angestellt. Auch gegen die schmerzhaften Erectionen bei Gonorrhoe etc. ist es erfolgreich angewendet worden. Glas mit Messgläschen à la Sandow = 2 Mk. Proben für Aerzte gratis. Zu beziehen durch die Apotheken oder den Fabrikanten: E. Weigert, Kgl. Priv. Aeskulap-Apotheke, Breslau I, Ohlauerstrasse 3.

— Ein **neues Nasenspeculum** construirte Dr. M. Seyffert (Dessau). Ein gutes Nasenspeculum muss so beschaffen sein, dass es nur mit der linken Hand bedient zu werden braucht, dass es sich vorn und hinten zugleich möglichst ausgiebig erweitern lässt (nur ein weites Lumen ermöglicht correcte operative Eingriffe unter Controlle der Augen), ferner dass sich die freien Finger der linken Hand an Kinn oder Wange des Pat. stützen können (man kann so das Speculum besser in der richtigen Lage halten und den Kopf doch nach Wunsch dirigiren), endlich müsste das Instrument wenig voluminös, leicht, schnell und „feinfühlig“ zu handhaben sein. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist das neue Speculum construirt. Es besteht in der Hauptsache aus zwei Branchen, welche sich durch Führungsstifte der einen in schräg zu einander stehenden Schlitzen der anderen Branche an einander verschieben lassen. Hierdurch wird ein Oeffnen und Schliessen nicht nur am Schnabel, sondern auch am Halstheile bewirkt und man erhält eine grosse Oeffnung in der ganzen Länge des Instrumentes. Einen kleinen nach vorn unten herabhängenden Handgriff fasst man am besten mit Daumen und Mittelfinger, sodass man den Zeigefinger frei behält zum Oeffnen und Schliessen des Instrumentes, was durch geringen Druck an einem kleinen Hebel, resp. durch Heben der unteren Branche in leichtester Weise bewerkstelligt wird. Die beiden kleinen Finger finden dabei eine Stütze an der Wange. Da hier nicht die ganze Hand, sondern nur der Zeigefinger den Druck ausübt, und da der Hebel ein sehr kurzer ist, so ist die Handhabung eine viel schonendere, „feinfühligere“, als es bei den grossen Zangen möglich ist. Die rechte Hand bleibt für alle Manipulationen völlig frei.

Das einfache Instrument wird hergestellt (H. Windler, Berlin) in zwei Grössen, für Erwachsene und Kinder.

(Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1903 No. 10.)

— **Schnupftabak gegen den sogen. Eisenbahnkatarrh** empfiehlt Prof. O. Rosenbach (Berlin). Derselbe bekommt, wie sehr Viele, bei längeren Eisenbahnfahrten Reizerscheinungen in der Nase und im Halse, die nicht selten in einen Katarrh der betreffenden Organe übergehen. Dies rührt nach seiner Erfahrung nicht bloss von dem eingeathmeten Staube und der drückenden Hitze her, sondern tritt auch ohne Staub und Hitze ein, wenn man gezwungen ist, lange Zeit bei offenem Waggonfenster den Qualm der Lokomotive einzuathmen. Auch bei längeren Fusswanderungen kommt es vor. Früher hat Autor die verschiedensten Mittel erfolglos als Prophylactica benützt, jetzt hat er im Schnupftabak ein wirksames Mittel gefunden, mit dem man nicht nur den Eintritt bei primären, von der Austrocknung der oberen Luftwege herrührenden Erscheinungen, sondern auch den secundären Katarrh verhüten kann. Die eintretende Schleimsecretion lässt die Austrocknung nicht zu Stande kommen und verhindert das Haften der eingeathmeten reizenden Stofftheilchen. Auch das weisse Niespulver (Schneeberger) wirkt, aber nicht so gut, wie Schnupftabak, speciell dessen stärkere Sorten.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 11.)

— **Citrophen** lobt Dr. K. Fuchs (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) auf Grund seiner Erfahrungen sehr. Man giebt es zu 3 mal tägl. 0,5—1,0 g (Kindern 3 mal tägl. 0,3), wobei grössere Dosen, da sie rascher und sicherer wirken, empfehlenswerther erscheinen, zumal auch bei ihnen nie irgendwie unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Das Präparat wurde als Antirheumaticum, Antipyreticum und Antineuralgicum benützt, und zwar in 34 Fällen (11 mal Rheumatismus, 8 mal Tuberculose, 2 mal Pleuritis, je 1 mal Pneumonie und Typhus, 2 mal Bronchitis, 9 mal Neuralgieen). Von den 11 Fällen *Rheumatismus* waren 7 acute, 4 chronische. Die Wirkung des Citrophen war in allen, besonders aber bei den acuten, eine sehr gute, indem sowohl das Fieber, wie auch die Schmerzen und Schwellungen günstig beeinflusst wurden; bei den chron. Fällen war besonders der günstige Einfluss auf die Schmerzen auffallend. Als Antipyreticum bewährte sich Citrophen sonst noch in 14 Fällen, und zwar stets in prompter Weise.

Nach 0,5 Citrophen ging die Temperatur im Verlauf von ½—1 Stunde um 1—1,5° herab, und zwar nur unter mässigem Schweiss, frei von jedem Collaps. Bei *Pleuritis* konnte neben der antipyretischen auch die schmerzstillende Wirkung beobachtet werden, ebenso in den 2 Fällen von fieberhafter *Bronchitis*, die von einem sehr schmerzhaften Husten begleitet waren. Bei dem Falle von Pneumonie und Typhus fiel die Temperatur nach einer zur Zeit des höchsten Temperaturanstiegs gegebenen Dosis von 1 g um 1,5° herab, und zwar ohne irgendwelche Collapserscheinungen, die antineuralgische Wirkung zeigte sich in allen 9 Fällen der verschiedenartigen *Neuralgieen* stets prompt. Die Anfälle wurden durch Dosen von 1 g vollständig coupirt, in den 2 Fällen von Ischias wurden die Schmerzen durch Gaben von 3mal täglich 1 g bedeutend gelindert.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 11.)

— **Bornyval,** ein neues stark wirkendes Baldrianpräparat, empfiehlt Nervenarzt Dr. Leo Hirschlaff (Berlin). Bornyval stellt eine Combination der beiden wirksamsten Bestandtheile des Baldrianöls, des Borneol und der Baldriansäure, dar und wird in Gelatineperlen à 0,5 g abgegeben (J. D. Riedel, Berlin), von denen 3mal täglich ein Stück zu nehmen ist. Autor erprobte das Mittel seit ½ Jahr bei zahlreichen Pat. mit functionellen nervösen Symptomen besonders des Circulations-, des Verdauungs- und des Centralnervensystems und überzeugte sich von der Wirksamkeit bei diesen Affectionen. Die Wirkung zeigte sich fast momentan durch Kräftigung des Pulses, allgemeine Beruhigung und Linderung der nervösen Beschwerden, besonders eclatant war der Effect in allen Fällen von Herzbeschwerden, mochten dieselben rein nervösen oder hysterischen Ursprungs sein oder auf Arteriosklerose, Herzschwäche oder sogar in einzelnen Fällen auf organische Herzerkrankungen zurückzuführen sein. Auch bei Angstvorstellungen, Schwindel u. s. w. wirkte Bornyval, das sich auch stets als völlig unschädliches Mittel erwies, prompt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 47.)

— **Gebrauchsfertige Nährklystiere** empfiehlt Prof. Dr. Ad. Schmidt (Dresden). Derselbe hatte sich zum Ziel gesetzt, ein stets gleichmässig zusammengesetztes Nährklystier ausfindig zu machen, welches mit leichter Resorbirbarkeit eine genügende Calorieenzahl verbindet, sicher nicht reizt und jederzeit gebrauchsfertig ist. Das Resultat dieser

Bemühungen ist ein mit der sterilen Nährflüssigkeit gefüllter Glastubus, an beiden Enden ausgezogen und mit Feilstrichen zum Abbrechen der Spitzen versehen. Die eine (nach oben zu haltende) Spitze dient nur zum Lufteintritt, die andere ist nach Art eines Irrigatorendes geformt. Ueber dieselbe wird ein Gummischlauch mit dem Mastdarmrohr gezogen und das Ganze direct als Irrigator benützt. Zum Gebrauch hat man den Tubus nur vor dem Abbrechen der Spitzen kurze Zeit in warmes Wasser zu legen. Die Klystiere werden von der Firma v. Heyden (Radebeul) hergestellt, die Nährflüssigkeit besteht aus 250g Kochsalzlösung (0,9%), 20g Nährstoff Heyden (besonders präparirt) und 50g Dextrin, zusammen 287 Calorieen ausmachend, von denen, wie genaue Analysen ergaben, 270 dem Körper zu Gute kommen. Da man meist pro die 3 Klystiere bequem geben kann, so sind so ca. 800 Calorieen für den Stoffwechsel nutzbar zu machen. Autor machte sehr günstige Erfahrungen mit diesen Klystieren, die leider vorläufig noch theuer sind (4 Mk.).

(Naturforscherversammlung in Cassel. — Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Ein neuer **Percussionshammer mit Dermatograph** nach Med.-R. Dr. Müller (Kenzingen) wird von der Actiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen hergestellt. Der Hammer hat in seinem Grifftheil einen leicht vor- und zurückschiebbaren Dermatographen, wodurch es ermöglicht wird, das Resultat der Percussion sofort auf die Haut zu fixiren.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904 No. 1.)

— **Camphersäure als prophylaktisches Mittel gegen Katheterfieber** empfiehlt Dr. Alb. Freudenberg (Berlin). Bekanntlich können diese Fieberattaquen und Schüttelfröste nach jedem intraurethralen oder intravesicalen operativen Eingriffe eintreten, nach grösseren, bei besonders disponirten Individuen aber schon nach der einfachen Steinsondenuntersuchung, ja nach dem gewöhnlichen Katheterismus. Alle Mittel, die Autor bisher dagegen versuchte, erwiesen sich als ohnmächtig. Vor einigen Jahren begann Autor nun Acid. camphoric. prophylaktisch zu geben, und es stellte sich heraus, dass in der That hier ein wirksames Mittel gefunden war; die typischen Fieberanfälle des acuten uncomplicirten Katheterfiebers sind seitdem so gut wie vollständig verschwunden, und man kann sagen, dass, wenn trotz Anwendung des Mittels jene Attaquen eintreten,

es sich nicht um einfaches Katheterfieber, sondern um wirkliche Pyaemie oder eine sonstige ernste Complication handelt. Die Camphersäure muss in Dosen von 1 g 3 mal täglich in Pulverform (Capsul. amyl.) schon einige Tage vor der Operation gegeben werden und auch nach derselben noch längere Zeit. Giebt man sie sehr lange, so zeigen sich bisweilen Magenstörungen. Dagegen wird bestehende Cystitis sehr günstig beeinflusst.

(VII. Congress der Associat. franç. d'Urologie, 24. X. 1903. — Klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 1.)

---

# Bücherschau.

— Nach längerer Pause sind wieder zwei Hefte (13 und 14) von W. Czermak's Werke **Die augenärztlichen Operationen** erschienen (Wien, K. Gerold's Sohn), dessen Vorzüge wir früher wiederholt hervorgehoben haben. Hoffentlich lässt die Fortsetzung nicht mehr so lange auf sich warten.

— Von **Lehmann's Medicin. Atlanten** ist Bd. 2 erschienen: *Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen* von Prof. J. Sobotta (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis gebd. Mk. 20.—). Es existiren nun ja bereits mehrere in ihrer Art vorzügliche anatomische Atlanten, aber der Sobotta-sche Atlas zeichnet sich zunächst dadurch aus, dass er direct für den Medicinstudirenden und prakt. Arzt bestimmt ist und sich vor Allem für den Präparirsaal in vorzüglichster Weise eignet, was die Zahl, Auswahl und Darstellung der Abbildungen betrifft. Der Hauptvorzug aber ist die Darstellung und Reproduction dieser Abbildungen selbst, von denen wir 257, zum Theil mehrfarbig, darin finden, neben 34 farbigen Tafeln. Hergestellt nach den neuesten Methoden bieten sie eine wahre Musterleistung deutscher graphischer Kunst dar, wie sie von keinem der bisherigen Atlanten übertroffen wird. Wie naturgetreu, wie plastisch und bis in kleinste Details greifbar treten diese Präparate uns vor Augen, wie nahe ist hier die Kunst der Natur! Wir haben es ja vorläufig nur mit der 1. Abtheilung zu thun, welche uns die Darstellung der Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln bringt; die zwei noch restirenden Abtheilungen sollen rasch folgen, und wenn dieselben, wie vorauszusehen, gleich Vorzügliches bringen,

dann besitzen wir in dem Sobotta'schen Atlas ein medicinisches Prachtwerk ersten Ranges, dessen Anschaffung, was noch mit besonderem Danke an den Verlag hervorgehoben werden soll, für einen auffallend billigen Preis möglich ist. Zur Orientirung während der Präparirübungen sind jeder Abbildung kurze Schilderungen beigefügt, die rasch über das Wichtigste orientiren. Die genauere Beschreibung muss man im *Grundriss der descriptiven Anatomie* von Sobotta (Preis: Mk. 4.—) nachlesen, der conform mit dem Atlas erscheint und dessen Ergänzung bildet, aber auch als Handbuch zu jedem anderen Atlas dienen kann. Auch dieser Grundriss, der speciell auf die praktischen Bedürfnisse Rücksicht nimmt, der Kürze und Klarheit mit Vollständigkeit des Inhaltes verbindet, kann als ausserordentlich brauchbar empfohlen werden. — Neben den „Atlanten" in grossem Format werden **Lehmann's Medicin. Handatlanten** ebenfalls dauernd ihren Werth behalten und dem Praktiker die besten Dienste leisten. Nach drei Jahren ist wieder eine Neuauflage von Haab's *Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie* nöthig geworden, sodass jetzt die *4. Auflage* dieses schönen Werkes vorliegt. Sie wird sicher noch lange nicht die letzte sein. Als Bd. 30 der Sammlung ist erschienen G. Preiswerk, *Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde* (Preis: Mk. 14.—). Wenn der Verfasser auch den Titel „Lehrbuch" voransetzt und dieses auch als solches recht lesenswerth ist und viele Vorzüge aufweist, so liegt doch auch bei diesem Werke der Schwerpunkt auf den Abbildungen, welche als 44 farbige Tafeln und 152 schwarze Figuren in dem „Atlas" vertreten sind. Die Abbildungen sind ausgezeichnet gelungen und entsprechen den Bedürfnissen des Praktikers, sodass auch dieser Band sich, gleich den übrigen, rasch viele Freunde erwerben dürfte.

— Die deutsche fachmännische Litteratur ist um ein Werk von hervorragender Bedeutung bereichert worden. Es ist dies A. Fränkel's **Specielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien & Berlin. Preis: Mk. 25.—), ein Werk, auf das die deutsche medicinische Wissenschaft stolz sein kann. Auf reiche Erfahrungen gerade auf diesem Gebiete sich stützend, hat der Verfasser jedes einzelne Kapitel mit gleicher Liebe und Sorgfalt bearbeitet, nicht vom grünen Tische aus, sondern heraus aus eigener Praxis. Daher ist sein Werk wirklich ein Handbuch für den Praktiker geworden,

ein Buch, das man immer wieder zum Studium und zur Orientirung in die Hand nehmen wird, sobald man sich mit dem betreffenden Gegenstande beschäftigen will und muss. Und das ist ja wohl täglich der Fall, da das hier abgehandelte Gebiet die häufigsten und wichtigsten Krankheiten umfasst. Je eingehender hier der Autor ist, desto dankbarer wird ihm der Leser sein. Von Weitschweifigkeit ist dabei in diesem Buche keine Rede, im Gegentheil, der Verfasser befleissigt sich allenthalben grösster Präcision, und jeder Satz bringt etwas Neues, Wissenswerthes. Auch die gesammte Litteratur ist herangezogen worden. Fügen wir noch hinzu, dass zahlreiche, sehr gute Abbildungen im Text und prachtvolle farbige Tafeln zum näheren Verständnisse verschiedener Details dem Werke beigegeben sind, das vom Verlage auch sonst glänzend ausgestattet worden ist, so gehen wir nicht fehl, wenn wir dem Buche das günstigste Prognostikon stellen und die Ansicht aussprechen, dass dasselbe sehr bald überall zu finden sein wird. — Im gleichen Verlage sind Fortsetzungen erschienen von dem von Eulenburg, Kolle und Weintraud herausgegebenen **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden** und vom **Lexikon der physikalischen Therapie, Diaetetik und Krankenpflege**, das in Gemeinschaft hervorragender Mitarbeiter von A. Bum herausgegeben wird. Von ersterem liegt die 2. Hälfte des I. Bandes vor (Preis: 9 Mk.) mit folgendem Inhalt: W. Scholtz „Bakterien des Urins und der Harnröhrensecrete", E. Czaplewski „Die bakteriologische Untersuchung des Sputums", W. Kolle „Die bakteriologische Diagnostik des Blutes", W. Scholtz „Die bakteriologische Untersuchung der Hautparasiten", W. Cowl „Diagnostik und Untersuchungsmethoden mittels Röntgenstrahlen" und „Die äusseren instrumentellen Untersuchungsmethoden", Vierordt „Percussion und Auscultation" u. s. w. Die II. Abtheilung des Bum'schen Lexikons umfasst die Schlagworte „Herzmassage" bis „Nervendehnung". Der stattliche Band (Preis Mk. 6.—) enthält zahlreiche kleinere und grössere Artikel von Lazarus, Buxbaum, Bum, Kisch, Strasser u. s. w. und ist mit vielen Abbildungen geschmückt. Wir werden auf diese beiden vortrefflichen Werke später noch zurückkommen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 6.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

März XIII. Jahrgang 1904.



**Agrypnie.** **Hedonal** wandte Dr. Fraczkiewicz (Lazarus-Spital Krakau) so oft an, dass er 400 g des Mittels verbrauchte. Dasselbe versagte da, wo Schmerz die Ursache der A. war, bewährte sich dagegen bestens, wo A. durch Hysterie, Neurasthenie, Marasmus senilis, Alkoholismus, leichtere Psychosen bedingt war. Die wirksame Dosis ist bei Frauen 1,5 g, bei Männern 2 g. Alle Pat. vertrugen Hedonal gut. Der Schlaf trat in ¼—1 Stunde ein, dauerte 5—8 Stunden, war tief, erquickte und bewirkte keinerlei unangenehme Nachwehen. Infolge seiner diuretischen Eigenschaften wirkt Hedonal nicht cumulativ, man kann es längere Zeit hindurch geben; die diuretische Wirkung selbst trat nie in störender Weise zu Tage.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 11.)

— **Therapeutische Erfahrungen mit Veronal** aus Prof. Ewald's Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. In Dosen von 0,25—0,5 g wirkte es als Schlafmittel bei den verschiedensten Formen von A. vortrefflich. Nur bei schweren Potatoren musste 1 g gegeben werden. Auch als Beruhigungsmittel bei leichten Aufregungszuständen erwies sich Veronal als brauchbar. Obwohl in ca. 100 Fällen angewendet, ergab es fast nie einen Misserfolg, auch schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— **Veronal** haben ferner Dr. R. Michel und Dr. E. Raimann (Prof. v. Wagner's Nervenklinik Wien) angewandt. Zunächst bei Nervenkranken. Ein degenerirter Neurastheniker, der keines der anderen Hypnotica vertrug, alles erbrach, nahm durch 5 Wochen 30mal 0,5 Veronal; er schlief 7 Stunden, gewöhnte sich aber bald an das Mittel, sodass die Schlafwirkung schliesslich fast ganz versagte, klagte dann ausserdem noch über Appetitlosigkeit und Diarrhoe, die mit dem Aussetzen des Mittels schwanden. Ein anderer Neurastheniker fühlte ½ Stunde nach Einnahme des Mittels Müdigkeit, nach weiteren 30 Minuten schlief er ein und durchschlief ununterbrochen 8—9 Stunden. Nach der 6. Dosis Diarrhoe. Als Veronal wegblieb, war Pat. ganz schlaflos; die Diarrhoe sistirte, trat aber auch bei Wiederanwendung des Mittels nicht mehr auf, dafür liess die hypnotische Wirkung nach, sodass schliesslich nur noch 1¼ Stunde geschlafen wurde. Bei Pat., die an einer organischen, nicht schmerzhaften Nervenkrankheit litten, ähnliche Ergebnisse. Die hypnotische Wirkung, die durchaus angenehm empfunden wurde, dauerte auf 0,5 g von 5—9 Stunden. Bei absinkender Wirkung genügte anfangs eine Steigerung bis 0,6—0,7—0,8 g, um die Schlafdauer wieder zu verlängern. Idiosynkrasie, das Auftreten von Exanthem wurde nur einmal beobachtet. Der Schlaf war im Allgemeinen leicht, dem natürlichen ähnlich; am nächsten Morgen Wohlgefühl. Herz- und Lungenerkrankungen scheinen keine Contraindication zu bilden. Das Veronal wurde auch von alten Leuten mit arteriosklerotischer Herzinsufficienz und Emphysema pulmonum gut vertragen. Die Pulsqualität litt nicht, es trat sogar als ganz erwünschte Nebenwirkung Steigerung der Diurese auf. Bei Geisteskranken kam Veronal in zweifacher Absicht zur Verwendung, als Schlaf- und Beruhigungsmittel. Bei genügender Dosis gelang es, jeden Geisteskranken zum Schlafen zu

bringen, bei einer Gabe von 0,5 schon 78%. Es empfiehlt sich jedenfalls, zunächst 0,5 g zu versuchen. Eine gewisse cumulirende Wirkung zeigt sich: bei unmittelbarer Wiederholung gleicher, namentlich grösserer Dosen, ist die zweite, resp. dritte Darreichung die wirksamste. Nach Dosen von 1,5 g und höher trat Taumeln ein. Experimenti causa wurde auch 3 Alkoholdeliranten 0,5 g gegeben, und diese Dosis 2stündlich wiederholt bis zum Eintritt des Schlafes. Es waren nur einmal 1,5 g erforderlich, gewiss ein überzeugender Beweis der hervorragenden Wirkung des Veronals. Als Sedativum wurde es bei katatonen Aufregungszuständen, bei tobenden Paralytikern gegeben, die Dosis von 0,5 in 3—1stündlichen Intervallen bis zur Wirkung gegeben, die spätestens nach 1,5 g eintrat. Die Pat. wurden ruhig, legten sich hin, schliefen kurze Zeit, erwachten, nahmen ihre Mahlzeit, waren etwas taumelig, begannen zu lärmen, der Turnus konnte wieder beginnen. Einer ausgedehnteren Anwendung des Veronals als Sedativum stehen die rasche Gewöhnung und der relativ hohe Preis entgegen, welch letzterer bei der Einzeldosis freilich ein billiger ist. Zusammenfassend meint Autor, dass Veronal eines der unschädlichsten und sichersten Schlafmittel ist, das gern genommen wird und ausser Verdauungsstörungen keine Contraindicationen kennt; da seine Wirkung mit der Zeit nachlässt, eignet es sich zu vorübergehender Anwendung, zur Darreichung in Intervallen, resp. im Wechsel mit anderen Schlafmitteln.

(Die Heilkunde 1904 No. 1.)

**Anaemie, Chlorose.** **Levico zur Behandlung der Ankylostomiasis-Anaemie** hat Bergarzt Dr. H. Goldman (Brennberg) benützt, und war mit den Erfolgen ausserordentlich zufrieden, indem in allen behandelten 133 Fällen, die meist sehr schwerer Art waren, nach ca. 10 Wochen ein normaler Blutbefund zu constatiren war und die subjectiven und objectiven Symptome der A. sich verloren hatten, trotzdem die Bergleute ihrer Arbeit weiter nachgingen und weder betreffs der Diaet noch sonstwie sich besondere Pflege angedeihen liessen. Sehr wichtig ist aber dabei, dass man den Levico richtig nehmen lässt. Autor wandte sich an den Curarzt von Levico, Dr. O. Liermberger, der folgende Vorschriften gab: Die Tagesdosis beträgt 3—6 Esslöffel, wobei stets mit Levico-Schwachwasser begonnen und folgende Ordnung innegehalten wird:

a) Schwachwasser.

| | | | Frühstück | Mittagsmahl | Abendessen |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tag | 4 | Theelöffel | 1 | 2 | 1 |
| 2. " | 6 | " | 1 | 3 | 2 |
| 3. " | 8 | " | 1 | 4 | 3 |
| 4. " | 10 | " | 2 | 5 | 3 |
| 5. " | 4 | Esslöffel | 1 | 2 | 1 |
| 6. " | 5 | " | 1 | 2 | 2 |
| 7. " | 6 | " | 1 | 3 | 2 |

b) Starkwasser.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Tag | 6 | Theelöffel | 1 | 3 | 2 |
| 9. " | 8 | " | 1 | 4 | 3 |
| 10. " | 9 | " | 2 | 4 | 3 |
| 11. " | 10 | " | 2 | 5 | 3 |
| 12. " | 11 | " | 2 | 6 | 3 |
| 13. " | 4 | Esslöffel | 1 | 2 | 1 |
| 14. " | 5 | " | 1 | 2 | 2 |

Vom 14. Tage ab durch 6 Wochen täglich 5 Esslöffel (1+2+2), dann mit der Dosis allmählich fallend, wie begonnen wurde, und mit Schwachwasser endigend. So angewandt, wird Levico gehörig ausgenützt und macht nie gastrische Beschwerden. Eine solche Cur ist bei jeder A., speciell aber bei der durch Ankylostomiasis bewirkten, sehr zu empfehlen. (Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 Nr. 24.)

— **Therapeutische Erfahrungen mit Atoxyl** aus Prof. Ewald's Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. Atoxyl erwies sich als recht brauchbares Präparat, in 20%iger Lösung intramuskulär in den Fällen eingespritzt, in welchen früher Liq. Kal. arsen. oder Acid. arsenic. innerlich gegeben wurde. Es wurde bei der ersten Injection mit zwei Theilstrichen der Pravaz'schen Spritze (= 0,04) begonnen, bei der zweiten Injection vier Theilstriche injicirt u. s. w., bis bei der fünften Injection die Dosis von 0,2 erreicht wurde, über welche nicht hinausgegangen wurde. Es wurden dann jeden zweiten Tag Injectionen mit 0,2 gemacht, wobei nie unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Ein tonisirender Einfluss war in mehreren Fällen unverkennbar. Bei einer Frau, bei der wegen grossen Milztumors die Splenektomie gemacht war, und welche das Bild einer schweren Anaemie darbot, hob sich bei Atoxylbehandlung der Gesammtzustand innerhalb fünf Wochen so, dass sie 10 Pfund zunahm, und es besserte sich hier, wie auch in einigen anderen Fällen, der Blutbefund nicht unerheblich.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** **Ein gebrauchsfertiges aseptisches Nothverbandpäckchen** hat Dr. Ferd. Breuer (Cöln) hergestellt. Als zuverlässiger Nothverband ist nach dem heutigen Stande der Chirurgie nur ein aseptisch verschlossenes Verbandpäckchen mit durchaus steriler Verbandeinlage zu betrachten, das derart eingerichtet ist, dass beim Gebrauch eine Berührung der keimfreien Verbandeinlage mit den Händen nicht stattfindet. Dieser Forderung entspricht das neue Verbandpäckchen, dessen Keimfreiheit im Bakteriolog. Institut der Stadt Cöln festgestellt ist. Das mit der zugehörigen Binde in einer wasserdichten Pergamentpapierverpackung befindliche eigentliche Verbandpäckchen stellt ein mobiles Kästchen mit sterilem Inhalt dar, bestehend aus doppelter, durchwebter Filtrirpapierhülle mit einer aus Gaze und Watte bestehenden, festgenähten Compresse als Einlage. Die Hülle ist geeignet, aus Flüssigkeiten Bakterien abzufiltriren und bürgt durch ihre Undurchlässigkeit für Mikroorganismen für die Keimfreiheit des Verbandes. Ausserdem ermöglicht die Papierhülle die bequeme, abschliessende Faltung des Verbandpäckchens und dient als Watteersatz bei kleinem Volumen und erhöhter Aufsaugungsfähigkeit. Der sichere Verschluss ist durch die treppenförmig ineinander greifende Faltung der beiden Deckblätter erzielt. Der Verband kann selbst vom ungeschicktesten Laien einzeitig entfaltet werden, der entfaltete Verband ist ohne jede Berührung der Innenfläche auf die Wunde zu legen, so dass eine Desinfection der Hände sich erübrigt, die ja bei plötzlichen Unfällen auch meist gar nicht ausführbar ist. Das von der Fabrik „Colonia“ in Cöln vertriebene Verbandpäckchen ist zudem recht billig (das kleine kostet 14, das grosse 20 Pf.).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 51.)

— Einen **Beitrag zur Händedesinfectionsfrage** lieferte Dr. Th. Westhoff (Bremen). Er machte Versuche mit der von den chem. Werken „Hansa“ in Hemelingen hergestellten Seife „*Saposilic*“, deren wirksamer Bestandtheil krystallisirtes Kieselsäureanhydrid ist. Die Seife enthält 59% Kieselsäure, 10% Natronseife, dann Cera flava, Lanolin, Borax und Stearinsäure, zeigt gelbe Farbe und pastenartige Consistenz. Die die oberste Epidermis lockernden, sowie das Hautfett lösenden resp. emulgirenden Factoren sind die Fettsäuren und das Alkali, die Wirkung der Natronseife wird ausserdem erhöht durch den Borax, sowie durch Stearinsäure und Lanolin; mechanisch entfernt werden Schmutz und

Keratinsubstanzen durch die Kieselsäurekrystalle. Auf diese *mechanische Entfernung* ist das Hauptgewicht zu legen, und dazu eignet sich die Kieselsäure ganz besonders; die kleinen und fein geriffelten Krystalle in der Seife besorgen das aufs beste, wie die verschiedenen Versuche klar zeigten. Auch die bakteriologischen Versuche fielen sehr gut aus; freilich sterile Hände gab es nach einem fünf Minuten dauernden Reinigungsverfahren nur vereinzelt, aber *keimarme* Hände wurden erzielt, und das ist ja das erwünschte praktisch verwerthbare Resultat. Die praktischen Versuche in verschiedenen Kliniken fielen auch durchaus günstig aus, wobei sich auch die völlige Reizlosigkeit der Seife ergab; die Hände erfuhren nie eine Schädigung.

(Naturforscherversammlung in Cassel. — Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)

— Die **Catgutsterilisation** nimmt Dr. Salkindsohn (Wilna) in folgender Weise vor: Das käufliche Rohcatgut, auf gläserne Rolle gerollt (höchstens 3 m lang) wird in einer Lösung von 1 Tinct. Jodi, 15 Spir. vin. (50°) eine Woche lang an einer dunklen Stelle aufbewahrt. Danach kann es gebraucht werden resp. weiter in der Lösung aufbewahrt bleiben. Während der Operation wird es in eine weisse Porzellanschale, mit derselben Lösung gefüllt, gelegt; der unverbrauchte Rest wird weiter aufbewahrt. Solches Catgut ist sicher steril, quillt nicht, rollt und dehnt sich nicht, reisst nicht, ist geschmeidig, weich, wird in der Wunde nicht zu schnell resorbirt, reizt absolut nicht, der Gehalt von geringen Mengen von allmählich freiwerdendem Jod schützt es vor zufälliger Infection durch die Hände des Operateurs. Vor allem aber ist es lange haltbar; bis zu einem Jahre wenigstens verändert es seine Eigenschaften nicht. Autor verwendet es seit länger als Jahresfrist zu Ligaturen, Sehnennaht, versenkten Nähten, Radicaloperation von Hernien u. s. w. und war stets sehr zufrieden.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 3.)

**Bronchitis.** Als sehr wirksames Expectorans empfiehlt Dr. Erwin Franck (Berlin) einen neuen Hustenthee **Pulmonarine,***) der nur aus bekannten Pflanzenbestandtheilen und Salzen besteht, und zwar (auf 100 Theile berechnet) aus:

Rad. plantagin. 25,0
Rad. cerefol. hispan. 16,0

*) Z. Z. vorräthig Berlin W. 15, Ranke-Apotheke.

Rad. cichor.
Lich. island.
Tur. pini aa 10,0
Sacch. malt. 17,0
Flor. farfar. 7,0
Calcar. hypophos.
Natr. hypophos. aa 2,0
Flor. pruni
Flor. cerasi aa 0,5.

Der Geschmack des aus 1—2 Theelöffeln aufgekochten Thees ist ein leicht bitterlich-aromatischer und zeichnet sich dadurch vor anderen süsslich-widerlichen Brustthees aus; mit je 1 Theelöffel Honig als Corrigens pro Tasse wird der Thee stets gern genommen. Er bewährte sich bei Fällen von chronischer B., Asthma, Pharyngitis u. s. w., indem er nicht nur prompt expectorirend, sondern auch reizmildernd wirkte, sodass Narcotica entbehrlich wurden; in grösseren Dosen wirkt er auch, was nur erwünscht ist, leicht abführend. Dazu ist das neue „Hausmittel" billig (150g = Mk. 1,60).

(Die Medicin. Woche 1903 No. 49.)

**Diabetes.** **Zur Symptomatologie des D. mellitus** beschreibt Primarius Dr. W. Mager (Brünn) das Krankheitsbild bei einem 26jähr. Pat., der bemerkenswerthe Erscheinungen von Seiten des Herzens darbot. Lag derselbe nämlich, so zählte man bei ihm nur 44 Pulsschläge, welche Zahl beim Sitzen auf 66 stieg. Also erhebliche *Bradycardie* und beträchtliche Verschiebung der Pulszahl beim Liegen und Sitzen. Pat. ging bald im Coma zu Grunde, und bei der Section zeigte sich *chron. Myocarditis*. Solche Bradycardie ist uns nicht unbekannt. Tritt sie doch ganz ebenso nach acuten Infectionskrankheiten ein. Speciell bei Typhus hat Autor ähnliche klinische Symptome constatirt und auf dem Sectionstische eine Affection des Herzmuskels gefunden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Unter dem Titel **Unfall und D.** berichtet Geh. S.-R. Dr. Pauly (Posen) über zwei Gutachten, die er für die Unfallversicherung „Victoria" gemacht hat. Im 1. Falle handelte es sich um einen 43jähr. wohlbeleibten Herrn, der am 24. III. 1901 auf der Strasse bei Glatteis aufs rechte Knie fiel. Der Arzt constatirte Schwellung im rechten Knie und leichte Hautabschürfungen am rechten Daumen; die Arbeitsunfähig-

keit werde 2—3 Wochen dauern; dér Verletzte wäre zur Zeit des Unfalles vollkommen gesund gewesen. Aber die Sache zog sich wider Erwarten viel länger hin; Pat. behauptete, auch als objectiv am Kniee nichts mehr nachweisbar war, Schmerzen in demselben zu haben und leicht zu ermüden. Am 10. V. 1902 wurde er vom Autor untersucht, der sofort, als er den wohlbeleibten und plethorischen Mann sah, den Verdacht hegte, es handle sich um einen bisher übersehenen D. Und in der That zeigte der Harn 4% Zucker. Von der Contusion des Kniees war nichts mehr zu entdecken, der Befund war ein durchaus normaler. Der Widerspruch zwischen diesem Befunde und den Klagen des Pat. erklärt sich dadurch, dass Pat. offenbar zur Zeit des Unfalls schon an D. litt; bei letzterem kommen, namentlich in leichteren Fällen, sehr häufig neuralgiforme Schmerzen vor, und solche sind auch hier anzunehmen. *Gerade das Andauern von Schmerzen nach leichten Unfällen sollte stets den Verdacht auf D. erwecken.* Dass der D. hier durch den Unfall entstanden sein sollte, ist absolut nicht anzunehmen. Eine dauernde Invalidität, bedingt durch den Unfall, besteht also nicht. Dies das Gutachten. Die „Victoria“ lehnte die geforderte Rente ab. Fall 2 betraf einen Maurermeister, der am 21. XI. 1895 infolge Ausgleitens auf einem feuchten Brette zur Erde fiel und sich dadurch nach Angabe des Arztes eine Schwellung des rechten Deltamuskels infolge Zerrung zuzog. Nach 2 Monaten ging diese zurück, jedoch blieb eine druckempfindliche mässige Verhärtung an der Ansatzstelle des Deltamuskels am Oberarmknochen zurück; Bewegungen des Armes nach hinten, sowie das Auswärtsrollen waren behindert, auch wurde an beiden Mittelfingern taubes Gefühl verspürt. Der Arzt hielt die Beschwerden für geringe, Pat. behauptete, mit dem Arm nicht arbeiten zu können. Am 24. III. 1896 wurde er vom Autor untersucht, der bei dem sehr mageren Manne, der über Schmerzen an der Aussenseite des rechten Oberarms und über Taubsein im rechten Mittelfinger klagte, objectiv nichts Abnormes an den betreffenden Theilen mehr entdecken konnte, dagegen ergab die Harnuntersuchung fast 4% Zucker. Es handelte sich also um eine Neuralgie nach einem Unfall bei einem Diabetiker oder um einen Unfall, welcher einen schon zuckerkranken Mann betroffen hat, dessen Folgen noch jetzt fortbestehen. „So richtig es einerseits ist, dass bei einem gesunden Manne die Verletzung kaum so lange Nachschmerzen hätte, so muss andererseits betont werden, dass

ein Diabetiker an dieser Stelle nicht Schmerzen bekommen hätte, wenn er nicht den Unfall erlitten hätte.“ Pat. wurde für eine Curdauer von 200 Tagen entschädigt, weitere Ansprüche wurden abgelehnt. Die Fälle zeigen, wie nothwendig es ist, dass der Arzt bei jedem Unfallverletzten genaue Urinuntersuchungen vornimmt.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 No. 2.)

— **Therapeutische Erfahrungen mit Hafermehl** aus der Prof. Ewald'schen Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. Auf der Naturforscherversammlung in Carlsbad (1902) hat v. Noorden darauf aufmerksam gemacht, dass man *schwere* Diabetiker bisweilen von ihrer Glykosurie befreien kann, wenn man nichts giebt, als sehr grosse Mengen von Hafer, daneben reichlich gut ausgewaschene Butter und einfache Eiweisskörper (Roborat), aber keine anderen Kohlehydrate und kein Fleisch. Mit dem Zucker sinkt gleichzeitig die Ausscheidung des Acetons und Ammoniaks. v. Noorden empfahl, 1—2 Wochen nichts anderes zu geben, als täglich 250 g Hafermehl (Knorr'sches oder Hohenlohe's Haferflocken), 250 g Butter und 100 g Roborat oder ein anderes vegetabilisches Eiweiss. Länger als 2 bis 3 Wochen dies durchzuführen, ist meist nicht möglich, doch genügt schon diese kurze Cur in der Regel, um ein Sinken, resp. Schwinden der Glykosurie und der Ausscheidung der Acetonkörper zu bewirken, besonders in recht schweren Fällen. Nun berichtet Sigel von 4 schweren Diabetikern, bei denen die Methode sehr gute Dienste leistete. Wenn es nach einigen Wochen gelingt, sich auch in solch schweren Fällen ohne grosse Gefahren für den Pat. in die gewöhnliche Diabeteskost wieder einzuschleichen, so kann man wohl sagen, dass die Hafermehlcur jetzt als das beste Mittel gegen schwere Grade von Acidosis gelten dürfen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

**Ekzem.** Ueber **Therapie des Ekzems** lässt sich Prof. Lassar (Berlin) aus. In der Praxis kann man kaum zwischen blanden und bakteritischen Formen des E. eine scharfe Trennung machen, sie kommen allein auf die Dauer nur ausnahmsweise vor. Das auf chemisch-physikalischer Beschädigung basirende pathologische Bild verändert sich bald unter dem fast unvermeidlichen Einfluss mikroorganischer Verunreinigung, und es gestaltet sich das Endergebniss des Processes, wenn auch abhängig von der prädisponirenden und prävalirenden ursprünglichen Veran-

lassung schliesslich zu einer Mischentzündung. Hieraus entstehen lymphangitische Infiltrationen, und diese sind es, welche den Verlauf aller Ekzeme so langwierig gestalten und ihre Behandlung zu einer schwierigen machen. Erste Aufgabe bleibe deshalb, einer eben entstehenden Ekzem-Bildung von vornherein ihren ursprünglichen Charakter zu erhalten, die eine Art von Infection und die infectiöse Form vor weiterer und ihre Ausbreitung begünstigender Gewebeschädigung zu bewahren. Dahin gehört zumeist Fortschaffen der maassgebenden Noxe! Gelingt es, diese rechtzeitig zu eruiren und zu eliminiren, so wird oft schon dadurch die spontane Abheilung des E. herbeigeführt, jedoch hat Infection durch die kratzenden Nägel gewöhnlich bereits vorher jene complicirende Lymphangitis bedingt. Dazu kommt die Einwirkung schlecht vertragener Medicamente, die Pat. sich selbst verordnet hat u. s. w. Die Hauptaufgabe für den Arzt besteht jetzt in der Fernhaltung weiterer Schädlichkeiten von den in pathologischem Zustande doppelt reizbaren Theilen. Deshalb besteht die Therapie anfangs am besten in schonenden Maassregeln. Trifft man auf eine frische Dermatitis, so ist zunächst die Oberfläche peinlich zu säubern. Dies geschieht im lauen Bad mit Zusatz von Kleie und milder Seife (keinerlei medicamentöser!) oder Abwaschung mit Camillenthee. Alsdann werden die befallenden Theile gekühlt durch Compressen, getaucht in essigsaure Thonerde oder:

Rp. Sol. Zinc. sulfur. 1,0 : 1000,0
S. 3 × tägl. $\frac{1}{2}$ Stunde kühlende Umschläge (sobald warm, zu wechseln.)

An diese feuchte Behandlung schliesst sich die Trockenbehandlung an, bestehend in Application reichlicher, aber indifferenter Streupulver, die absolut nicht reizen dürfen. Am brauchbarsten ist der gut gereinigte Speckstein (Talcum), der dem Zwecke der Austrocknung und des Schutzes am besten dient. Bei starkem Jucken kann Carbol (1—2 %), bei Brennen Menthol (0,5—1 %), auch beides, hinzugesetzt werden. Hauptsache ist die Herstellung einer Schutzschicht, die beliebig oft erneuert und deren Herabfallen durch Verbände verhindert werden kann. Damit kann man die verletzte und momentan permeable Epidermis so lange ersetzen, bis sie sich wieder regenerirt hat und die Aufsaugung vor sich gegangen ist. Auf die Dauer wird bei diesem Verfahren die Haut zu spröde. Dann ist die Anwendung der Zinkölpasta

Rp. Zinc. oxyd. 60,0
Ol. Olivar. 40,0

am Platze, die, dick aufgestrichen, mit Talcumüberpuderung am Rumpfe, mit etwas Watte und dünnen Bindentouren an den Extremitäten, die Geschmeidigkeit wiederherstellt. Im Gesicht kann auf nächtliche Anwendung morgendliche Abwischung mit Provenceröl erfolgen, welches dann wieder abgewaschen wird. Den etwa Tags über erforderlichen Talcumpuder kann man mit Carmin, Bolus rubr. etc. der menschlichen Hautfarbe ähnlich herrichten lassen. Sehr einfach gestaltet sich die Therapie des E., soweit es sich um oberflächliche Eiterungen handelt. Die Oeffnung jedes auch folliculären Eiterherdes mit aseptischem Messerchen, die Spaltung grösserer Abscesse, Absaugung mit essigsaurer Thonerde im feuchtgehaltenen Verband, Epilation aus eitergefüllten Haartaschen, dies hat selbstverständlich vorauszugehen. Die Nachbehandlung geschieht am wirksamsten mittelst der bekannten, vom Autor angegebenen Paste:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 24,0
Vaselin. flav. 50,0

Gegen Pilzinfectionen (Dermatomykosen) giebt es, solange sie oberflächlich siedeln, kein wirksameres Medicament, als den Schwefel. Derselbe wird in praecipitirter oder sublimirter Form der Paste zugesetzt (Salicylschwefelpaste) zu 10—20% und vertilgt meist ohne jede Reaction die Efflorescenzen des *Herpes tonsurans*, der *Pityriasis rosea*, der seborrhoischen Kreise, welche so oft dem begleitenden E. zu Grunde liegen. Gegen tiefer greifende Infiltrationen kommt man auf die Dauer nicht ohne Theer aus. Ein mit Grindekzem überzogenes Kindergesicht, hochroth, triefend, krustig belegt, wird säuberlich gereinigt, abgeölt, abgewaschen und dann dick bestrichen mit

Rp. Ol. Rusci
Sulfur. sublim. āā 15,0
Vaselin. flav.
Sapon. domest. āā 30,0
Cret. alb. 10,0
n. f. ung.

Darüber gepudert und verwickelt. Nach wenigen Tagen kann der Verband fortgelassen werden. Die Eiterbeläge

sind verschwunden, die Krusten kehren nicht wieder, die Röthe hat normale Farbe, die nässende Oberfläche einer trockenen Platz gemacht. Für die *Pityriasis*-Ekzeme der Kopfhaut dient Haarwaschcur und Salicyl-Vaseline (2 %), die *Pediculosis* capitis weicht dem Sabadillenessig und der rothen Salbe:

Rp. Acet. Sabadill. 100,0
Sol. Hydrarg. bichlorat. 0,3 : 200,0

Rp. Hydrarg. sublim. rubr. 1,0
Sulfur. sublim. 24,0
Vaselin. flav. 75,0
Ol. Bergamott. gtt. XXX

Die *Prurigo*, weitaus die häufigste Ursache der Kratzekzeme, wird causaliter durch Diaet, Regulation der Darmthätigkeit etc., symptomatisch durch Theerbäder bekämpft, der *Lichen ruber* geht auf Atoxyl-Injectionen (20 %ige Lösung, 1 Pravaz 3mal die Woche) zurück, unterstützt durch Theercur oder Unna's Salbe:

Rp. Acid. carbolic. 2,0—4,0
Hydrarg. bichlorat. 0,2—0,4
Ung. Wilson. ad 100,0

Damit mindern sich die Reiz- und Kratzekzeme, sodass ihre alleinige Nachbehandlung wesentliche Erleichterung findet. Mancher Erfolg wird heut bei E. mit der Röntgenbestrahlung erzielt, namentlich bei dem chronischen Handekzem, wo oft schon nach wenigen Sitzungen Jucken und Infiltration gebessert werden, später dauernde Heilungen zu erreichen sind. (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1904.)

— Gegen **Lippenekzem** empfiehlt J. Schäffer:

Rp. Ichthyol. 0,2—01
Zinc. oxyd.
Bismuth. subnitr. āā 2,0
Ung. len. ad 20,0

(Deutsche Klinik 1903.)

— **Das durch Hantiren mit Primeln entstandene E.** scheint, obwohl schon zahlreiche Fälle bekannt gegeben, doch noch immer nicht bekannt genug zu sein. Dr. A. Model (Weissenburg, Mittelfranken) hat sie bei einem Gärtner gesehen, der an den Armen und Händen, an der Umgebung der Augen und Ohren ein heftiges papulo-vesiculöses E. aufwies, das bereits 6 Wochen lang bestand und sich

entwickelt hatte, als Pat. 120 Stöcke der *Primula obconica* gereinigt hatte. Verschiedene consultirte Aerzte hatten, obwohl Pat. Gärtner ist, die Quelle des Leidens nicht erkannt, verschiedenes verordnet (so Arsen, das Pat. längere Zeit nehmen musste), natürlich ohne Erfolg. Autor verbot sofort alles Umgehen mit den Primeln und gab seine beim acuten vesiculösen E. mit starken Reizerscheinungen oft erprobte Verordnung: sehr häufig gemachte Bleiwasserumschläge auf die Augen- und Ohrengegend, eine schwache weisse Präcipitatsalbe (besonders auch als Verband für die Nacht) auf die noch stärkst ekzematösen Parthieen an Händen und Vorderarmen. Nach wenigen Tagen unter Abschuppung Heilung, Pat. war von dem durch das heftigste Jucken ungemein quälenden Leiden befreit. — Bei besonderer Empfindlichkeit bewirkt auch die beliebte Zierpflanze Primula sinensis, ja die gewöhnliche Schlüsselblume (Primula officinalis) Dermatitiden, resp. Ekzem in seiner vielgestaltigen Form. Es kommen bei solcher Primelreizung auch grosse confluirende Pemphigusblasen, auch impetiginöse Exantheme und erysipelatöse Entzündungen vor. Fast jedermann ist empfindlich gegen das Primelgift, Inmunität ist selten. Sehr häufig sind Recidive, und zwar nicht nur bei Personen, welche nach bereits völlig verschwundener örtlicher Affection wieder mit der Pflanze manipuliren, sondern bei einer und derselben Attaque, wobei sich die Hautaffection namentlich bei ungenügender Behandlung oft Monate hinauszieht. Ein Gewöhnen an das Gift giebt es nicht, im Gegentheil werden befallene Leute immer empfindlicher, sodass schliesslich der geringste Contact mit der Pflanze genügt, das Leiden hervorzurufen. Es sollten sich alle, die mit Primeln hantiren, der Handschuhe bedienen. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 2.)

**Epilepsie.** **Die Zerschlagenheit als epileptisches Aequivalent** bespricht Ch. Féré. Zerschlagenheit („la courbature“) kommt im Verlauf der verschiedensten Nervenkrankheiten vor, so bei Hysterie, Neurasthenie, nach Pitrés am Beginn der Tabes; Féré hat analoge Anfälle im Beginn der progressiven Paralyse beobachtet. Bei der Epilepsie können die Anfälle von Zerschlagenheit bei schon bestehenden Krampf- und Schwindelparoxysmen auftreten; hier sind sie ohne klinische Bedeutung. Andere Male gehen sie längere Zeit den übrigen Symptomen voraus oder überdauern dieselben. Im ersten Fall handelte es sich um ein 16 jähriges Mädchen. Sie bekam mit 13 Jahren ohne

nervöse Störungen die Regeln; 6 Monate später spürte sie plötzlich nach dem Mumps ganz unerwartet eine Müdigkeit mit Muskelschmerzen und das Gefühl, hinzufallen. Sie hatte nur noch kurze Zeit, sich in einen Laden zu flüchten, wo sie sich auf einen Stuhl fallen liess; die Hände gehorchten ihr kaum soweit, um die Kleider zu lockern. Sie wusste genau, was mit ihr vorging. Sie fühlte sich wie nach einem langen Marsch zerschlagen. Nach 10 Minuten war die Müdigkeit wie durch einen Zauber weg; sie erhob sich und setzte ihren Weg fort. Derselbe Unfall trat in Intervallen von 14—20 Tagen in verschiedener Heftigkeit auf; meist wurden nur die Glieder schwer, so dass sie Zeit hatte, einen Zufluchtsort aufzusuchen. Diese Anfälle hatten sich ein Dutzend Mal wiederholt, als eines Morgens ein richtiger epileptischer Anfall mit Bewusstseinsverlust von länger als halbstündiger Dauer auftrat. Beim Erwachen war sie noch betäubt und blieb noch mehrere Stunden benommen. Auf 4 g Bromkalium täglich verschwanden die Attaquen von Zerschlagenheit; plötzlich traten jedoch hintereinander in nur einigen Tagen Abstand drei Anfälle von Stottern auf, die ungefähr ¼ Stunde dauerten und von Geräuschen in den Ohren begleitet waren. Als die Kranke 5 g Bromkalium pro die genommen hatte, war nach 6 Monaten kein Anfall mehr erfolgt. Die Kenntniss dieser Anfälle von Zerschlagenheit ist darum von Wichtigkeit, weil man durch geeignete Behandlung schwerere epileptische Erscheinungen verhüten kann. Die zweite Beobachtung trägt die Ueberschrift: „Epileptische Krämpfe; Anfälle von Zerschlagenheit, welche die Wiederkehr der epileptischen Attaquen nach längerem Stillstand anzeigen. Plötzliche Appetitlosigkeit.“ Es ist nur weniges hinzuzufügen. Die 26jährige Patientin litt bis zu ihrem 7. oder 8. Lebensjahre an Enuresis nocturna und bis zur Pubertät mit 14 Jahren an Pavor nocturnus. Von Interesse ist, dass sich hier das Extractum Belladonnae therapeutisch bewährte. Man begann mit 0,05 pro die und steigerte wöchentlich die Dosis um 0,01. Man stieg bis 0,30 pro die und blieb bei dieser Dosis, da sich die Anfälle nicht wiederholten. — Die Anfälle von Zerschlagenheit dauerten nie länger als 15—20 Minuten, oft nur wenige Minuten. — Zu derselben Zeit, in der sich Anfälle und Abgeschlagenheit einstellten, trat ein Symptom auf, das wohl gleichwerthig ist: mitten in der Mahlzeit hörte auf einmal der Appetit auf, so dass es der Patientin unmöglich wurde, nur einen Bissen herunterzubringen; nach

einigen Minuten verliess die Kranke die Tafel, um zu erbrechen; dann nahm sie wieder ihren Platz ein, um mit normalem Appetit weiter zu essen. Die dritte Beobachtung betrifft einen Fall von epileptischer Apathie bei einer 32jährigen Frau. Von ihrem 20. Jahre an treten ab und zu Anfälle von Apathie auf. In voller Thätigkeit, mitten im belebtesten Gespräche schwindet auf einmal ihr Interesse an dem, was um sie herum vorgeht; sie scheint nichts zu hören, obwohl sie imstande ist, eine direct an sie gerichtete Frage correct zu beantworten. Sie kann sich bewegen, wenn man sie dazu nöthigt, fühlt jedoch kein Bedürfniss hierzu.“ Die Anfälle von Indifferenz, die anfangs nur einige Minuten dauerten, wurden länger und häufiger; während sie anfangs nur alle 1—2 Monate sich zeigten, traten sie jetzt täglich auf. Mehrere Male blieb Pat. einige Stunden in diesem Torpor. — Längere Zeit führte man die erwähnten Anfälle auf äussere Ursachen zurück; mehrere nächtliche Krampfanfälle mit Schrei, Miction u. s. w. führten zur richtigen Diagnose. Die günstige Wirkung der Brombehandlung auf die apathischen Anfälle zeigte, dass dieselben von gleicher Natur wie die Krampfanfälle waren.

(Revue de méd. 1903 No. 5. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 98.)

— **Hautemphysem nach epileptischem Anfall** bekam ein Pat. von Dr. Ranschoff (Hördt i. E.). Die Entstehung von Hautemphysem als Folge forcirter Anspannung der Exspirationsmusculatur hat schon 1873 H. Fischer bearbeitet. Er nahm an, dass bei starker Compression der Lungen unter gleichzeitiger Behinderung des Luftaustrittes durch eine verengerte oder geschlossene Trachea Lungenbläschen platzen können; die Luft gelange dann in das interlobuläre Bindegewebe der Lungen, von da in das peribronchiale, um an den Seiten des Halses hervorzutreten, ohne dass Pneumothorax entstehe. Solche Emphyseme seien besonders bei Kreissenden, aber auch bei Croup, Pertussis, hysterischen Anfällen u. s. w. beobachtet worden. Die Bedingungen für die Entstehung des Emphysems sind offenbar auch durch den epileptischen Anfall gegeben; findet ja im tonischen Stadium die krampfhafte Anspannung der Exspirationsmusculatur bei verengerter Glottis durch den „Schrei“ ihren Ausdruck. Bei dem angedeuteten Falle handelt es sich um einen 26jährigen, an E. leidenden Pat., der wieder am 30. VII. 1902 einen Anfall mit Sturz auf die linke Gesichtshälfte hatte. Abends klagte er über Schmerz beim Schlucken. Linke Hals- und Wangengegend

leicht geschwollen; am Halse keine äusseren Verletzungen; im Gebiet der Schwellung fühlt der tastende Finger das Knistern von Luftblasen, welche Erscheinung sich über das ganze linke seitliche Halsdreieck ausdehnt, medianwärts bis etwa zur Mittellinie, unten bis zur Clavicula reicht: auch in der Parotisgegend und Schläfengrube Knistern. 31. VII. Schwellung stärker und ausgedehnter; Knistern heute am Hals auch rechts bis zum Kopfnicker zu fühlen; ferner greift das Emphysem links etwa handbreit auf die vordere Thoraxwand, auf Wange und Stirn über. Keine spontanen Schmerzen, mässige Druckempfindlichkeit, wenn man hinter dem Clavicularansatz des linken Kopfnickers nach innen zu drückt. Athmung und Intonation schmerzlos, nicht gestört; kein Pneumothorax. Am Kehlkopf weder bei äusserer Betastung, noch laryngoskopisch eine Verletzung festzustellen, ebensowenig an der vorderen Trachealwand. Direct nach dem Unfall hatte Pat. etwas blutigen Schaum ausgeworfen und auch am Tage darauf blutig gefärbte, schleimige Massen zu Tage gefördert. Keine Verletzung in Mund- oder Rachenhöhle. Das Emphysem verlor sich nach wenigen Tagen, später kam es nicht wieder. Zweifellos war es durch den epileptischen Anfall hervorgerufen worden. Verletzungen der Nase oder ihrer Nebenhöhlen fehlten aber, und es bleibt nur die Möglichkeit übrig, dass die Luft aus den tieferen Luftwegen, vielleicht auch aus dem Oesophagus stammte. Dem entsprach auch der Ausgang von der Oberschlüsselbeingrube her. Es liegt jedoch einiger Anhalt vor, dass man es hier nicht mit einer Sprengung von Lungenbläschen, sondern eher mit einer Zerreissung der Trachealschleimhaut zu thun hatte. Dafür sprachen: Die Beschränkung des Emphysems auf eine Seite; der Schmerz beim Schlucken und bei Druck an einer bestimmten Stelle „im Halse"; der blutige Auswurf, der das charakteristische schaumige Aussehen nicht zeigte. Die allmähliche Vergrösserung des Emphysems lässt sich wohl dadurch erklären, dass durch die nicht sofort geschlossene Trachealwunde noch einige Zeit Luft in die Gewebe treten konnte.

**(Neurolog. Centralblatt 1904 No. 2.)**

**Erysipel.** **Beiträge zur Lichttherapie** liefert Privatdoc. Dr. P. Krause (Medin. Klinik Breslau). Vor einiger Zeit hat ja Krukenberg über die Erfolge berichtet, die er mit dem *„rothen Lichte"* bei E. erzielt hat. Krause hat 20 Pat. mit E. im „rothen Zimmer" behandelt, er hat aber durch-

aus nicht den Eindruck bekommen, dass die so behandelten Fälle irgendwie günstiger verlaufen, als die auf andere Weise behandelten. Es trat Blasenbildung auf, bestehende Blasen trockneten nicht schneller ein, als im Tageslichte, die febrile Albuminurie blieb völlig unbeeinflusst, die Leukocytenzahlen im Blute wiesen keinen Unterschied auf, die Abschuppung verlief ebenso, wie bei den z. B. mit gewöhnlichem Borsalbenverband Behandelten u. s. w. Dazu kam, dass die meisten Pat. sich im rothen Zimmer sehr unbehaglich fühlten und dies Licht auf die Dauer nicht aushielten. Die Wirkung des rothen Lichtes soll nur darauf beruhen, dass der schädigende Einfluss der chemischen, activen Strahlen fortfällt. Dieser fällt aber auch weg, wenn man einen licht- und luftdichten Abschluss schafft, indem man Ichthyol, Siccativ u. dgl. anwendet. Und Autor hat auch den Eindruck gewonnen, dass thatsächlich diese Mittel der Behandlung des E. mit rothem Licht ebenbürtig zur Seite stehen, vor ihr aber den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit haben. —

(Die Therapie der Gegenwart, December 1903.)

— Die **örtliche Therapie des E.** ist nach Prof. Senator (Berlin) eine wenig Erfolg versprechende. Am meisten sind noch zu empfehlen Umschläge mit absolutem *Alkohol* (Compressen damit getränkt, darüber Gummipapier), noch mehr aber *Ichthyol* (20—25%ige Salbe mit Vaselin oder mit gleichen Theilen Wasser oder Alkohol verdünnt, erstere mehrmals täglich kräftig eingerieben, die Lösungen ebenso mit dickem Pinsel aufgestrichen, darüber Gummipapier).

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 3.)

**Insectenstiche.** **Carbolvaseline** gegen I. empfiehlt Prof. O. Rosenbach (Berlin). Bei sich selbst und bei anderen konnte derselbe die prompte Wirkung einer 2%igen Carbolvaseline oft genug constatiren. Er glaubt nicht an eine eigentlich antiseptische oder giftzerstörende Wirkung dieses Mittels, vielmehr scheint ihm der Erfolg nur von der anaesthesirenden (Erregbarkeit herabsetzenden) Wirkung der Carbolsäure auf das Gewebe abzuhängen, eine Wirkung, die durch das Fett wesentlich unterstützt wird. Jucken und Schwellung nahmen jedenfalls sehr rasch ab, namentlich wenn man in Intervallen, sobald die Haut keine Fettschicht mehr zeigt, von neuem einreibt (nicht massirt!).

(Therap. Monatshefte 1903 No. 11.)

**Nephritis.** **Zur Frage der posttraumatischen N.** ergreift Dr. S. Oberndorfer (K. patholog. Institut München) das Wort. Kürzlich fasste Senator unsere Erfahrungen über traumatische N. wie folgt zusammen: „Ob ein Trauma, abgesehen von directer Verwundung oder Erschütterung, eine N. verursachen kann, ist zweifelhaft, und die unmittelbar darauf beobachteten Symptome seitens der Nieren, wie Blutung, Albuminurie, Cylindrurie, beweisen nicht absolut eine Entzündung, sondern können Folgen der Zerreissung von Gefässen und Gewebszertrümmerung sein. Es wäre aber wohl möglich, dass diese Verletzungen zu Nekrosen in der Niere und durch diese mittelbar zu einer reactiven Entzündung führen. Damit dürfte wohl alles, was wir bis jetzt über die Entstehung einer traumatischen N., ohne uns in nebelhafte Theorieen zu verlieren, aussagen können, erschöpft sein.“ Unsere Erfahrungen sind also noch recht mangelhaft, vor allem wohl deshalb, weil bisher noch kein Fall posttraumatischer N. zur Section kam, und klinisch eine Differenzierung der reinen N. von den Folgen grösserer Continuitätsstörungen der Nieren nicht immer möglich ist. Diese Lücke kann Oberndorfer nun mit einem Falle ausfüllen, der auch zeigt, wie ein geringes Trauma event. den Körper durch Fernwirkung in ausgedehnter Weise zu schädigen vermag. Ein 49jähr. Mann verunglückte am 3. XII. 1902 in der Weise, dass er beim Heruntergehen über die Treppe die letzte Stufe übersah und mit dem rechten Fuss heftig auf die Antrittsfläche des Hausflurs aufstiess, aber ohne zu fallen. Er verspürte sofort heftige Schmerzen oberhalb der rechten Ferse, war nicht mehr imstande zu gehen und musste ins Bett. Tags darauf Befund: Innen und aussen von der rechten Achillessehne starke Druckempfindlichkeit, Unvermögen, das rechte Fussgelenk zu beugen oder zu strecken. Kein Bluterguss, keine Schwellung. Auffallend dagegen die grosse Unruhe, völlige Schlaflosigkeit, Pulsfrequenz (120 bei regelmässigem, kleinen und schwachen Pulse). In den nächsten Tagen besserte sich der Schmerz am Fuss, die Druckempfindlichkeit und Beweglichkeit, indess bestanden Pulsfrequenz, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und grosse Schwäche fort. Am 19. XII. plötzlich heftiges Nasenbluten, am 21. Haematurie, Schmerzen in der linken Nierengegend. Harnuntersuchung ergab: frisches Blut, mässig Eiweiss, 2,6% Zucker. Unter Fortdauer der Nierenblutung Zunahme von Schwäche und Benommenheit. Exitus am 26. XII. Nach Angabe der Gattin hatte Pat. vor 20 Jahren eine Nieren-

blutung, die in kurzer Zeit vorüberging, auch soll er bei Amputation eines Fingers (vor 10 Jahren) und bei einer Furunkelincision grosse Blutverluste erlitten haben. Sectionsbefund: Am rechten Fussgelenk unter der Haut nur eine geringe bräunliche Gewebsverfärbung; sonst nichts. Ausser den Nieren die inneren Organe normal. In der Musculatur der beiden Recti abdominis mehrere kleine, blutig imbibirte Zerreissungsherde. Bei Herausnahme der linken Niere eröffnete man einen, ihren oberen Pol umgebenden subperitonealen Bluterguss. Die mächtigen Fettkapseln beider Nieren blutig imbibirt. Nieren selbst etwas grösser als normal, Oberfläche völlig glatt, keine narbigen Einziehungen, nirgends ein Einriss ins Gewebe, in letzterem nirgends Blutungen, jedoch zeigten beide Nierenbecken eine blutige Unterlaufung ihrer Mucosa, rechts wesentlich stärker als links. Nach Herausnahme der Nieren constatirte man ferner, dass die Musculatur des Beckens, insbesondere der M. ileopsoas und quadratus lumborum in ausgedehnter Weise zertrümmert und von starken Blutungen durchsetzt waren, ihr Gewebe in eine braunrothe, morsche Masse umgewandelt war. Bei der Niere handelte es sich nach dem mikroskopischen Befund um parenchymatöse N. resp., besser gesagt, um acute Fettdegeneration des Parenchyms, deren Dauer die Zeit von wenigen Wochen nicht übersteigen konnte. Die Todesursache lag offenbar in erster Linie in der schweren Nierenerkrankung, welche durch die wesentliche Störung ihrer Function eine Harnstoffretention bedingte und so uraemische Symptome auslöste, als welche die erhöhte Pulsfrequenz, Schlaflosigkeit, Unruhe etc. anzusehen sind. Neben dem Trauma kann noch ein weiteres Moment mit die tiefgreifende Schädigung der Nieren verursacht haben, die haemophile Constitution, für die ja so manches in der Anamnese sprach, und auch jene ausgedehnten Haemorrhagieen in der Musculatur, die in keinem Verhältniss zu dem geringfügigen Trauma stehen. Man müsste denn auch die Blutung aus den Nieren, einige Tage nach dem Unfall, als eine Folge der Constitutionsanomalie auffassen und sie dann in eine Reihe setzen mit den von Senator u. a. als „renale Haemophilie“ beschriebenen Blutungen. Und da taucht unwillkürlich die Frage auf, ob in diesen Fällen nicht doch auch eine beträchtliche fettige Degeneration des Nierenepithels bestand, die den Eintritt von Blutungen begünstigte. Derartige Nierenerkrankungen können bei der Schwierigkeit der mikroskopischen Untersuchung leicht entgehen, und wäre im obigen

Falle nicht eine so eingehende Prüfung der Schnitte erfolgt, so hätte man ebenfalls an Blutungen aus einer nicht wesentlich erkrankten Niere denken müssen. Wie steht es nun mit der heutigen Lehre von den traumatischen Nierenerkrankungen? Küster giebt 4 Arten des Mechanismus, durch den jene Verletzungen entstehen, an:

1. Die Gewalt wirkt auf einen entfernten Körpertheil ein und leitet sich auf die Nieren fort; z. B. ein Mann fällt aus 2 Fuss Höhe rittlings auf eine Eisenstange und zieht sich eine schwere Nierenverletzung zu.
2. Ein Stoss oder Schlag trifft die Lendengegend direct; vorausgegangene oder noch bestehende Entzündungs- und Degenerationsprocesse in den Nieren erleichtern dabei das Zustandekommen von Verletzungen derselben.
3. Der Körper wird von zwei Seiten her eingepresst, z. B. zwischen zwei Eisenbahnpuffern.
4. Muskelzug ist die Ursache der Verletzung.

In Fall 1 – 3 wird durch das Trauma der Brustkorb theils indirect zusammengepresst; die unteren Rippen umfassen die Nieren und pressen sie zwischen sich und die Wirbelsäule ein; hierdurch entsteht eine plötzliche starke Vermehrung des hydraulischen Druckes in den Organen, und es muss demzufolge, wenn der Druck die Elasticität des Organs übersteigt, zu einem Sprengen des letzteren kommen. Denselben Mechanismus kann auch der Muskelzug allein bedingen: eine plötzliche Contraction der musculösen Bauchwand wird ebenfalls in ihrer Gesammtwirkung den Thorax nach unten ziehen und so eine plötzliche Adductionsbewegung der 12. Rippen bedingen. Kommt nun die 12. Rippe senkrecht auf die Niere, wird der Druck auf sie also in radiärer Richtung ausgeübt, so müssen Einrisse ins Nierengewebe selbst die Folge sein; trifft die Rippe nur tangential auf die Niere oder deren Kapsel, so können Einrisse nur in die Nierenkapseln oder Blutungen in dieselben resultiren. Im obigen Falle wird der Mechanismus wohl derselbe gewesen sein. Der Pat. kam beim Treppensteigen mit dem einen Fuss tiefer, als er beabsichtigte, verlor dadurch seinen Halt, der Körper wurde stark nach vorne gebeugt, die Gefahr eines Falles nach vorn lag nahe. Um den gestörten Gleichgewichtszustand wieder herzustellen, musste eine plötzliche heftige Rückwärtsbewegung eintreten, und zwar müsste diese Rückwärtsbewegung des Rumpfes um so energischer sein, je

weiter der Körper zuerst nach vorn gerissen wurde. Bei der plötzlichen Streckung des Rumpfes werden neben dem Erector trunci und den Glutäen die hinteren Bauchwandmuskeln in Action treten, der Quadratus lumborum besonders die 12. Rippen nach abwärts zu ziehen versuchen. Die gewaltsame Contraction der vorderen und hinteren Bauchwandmusculatur, zum Theil vielleicht auch deren Ueberdehnung hat offenbar die Zertrümmerung und Blutung in das Muskelgewebe verursacht. Allerdings muss die Musculatur besonders leicht zerreisslich gewesen sein, sonst hätte das kleine Trauma kaum jene ernsten Folgen gehabt. Neben der Neigung zu Blutungen mag wohl auch der Diabetes hierbei eine Rolle gespielt haben. Die Blutungen in die Nierenkapsel sind durch Druck von Seiten der 12. Rippen her entstanden zu denken. Die Veränderungen des Nierenparenchyms stehen wohl ohne Frage im Zusammenhang mit dem Trauma: neben den Veränderungen an den Nierenhüllen weisen darauf hin die submucösen Blutungen im Nierenbecken und die Haematurie. Eine Erklärung des Entstehens der fettigen Degeneration der parenchymatösen Elemente kann nur eine hypothetische sein, da wir über die durch ein Trauma gesetzten Veränderungen der Zellen selbst nichts wissen. Die Hauptrolle dürfte aber auch hier die durch das Aufpressen der 12. Rippen auf die Nieren erzeugte Vermehrung des hydraulischen Druckes in den Organen selbst sein, die, ohne grössere Verletzungen zu setzen, vielleicht durch Störung der Innervation genügte, die Vitalität der Zellen in hohem Grade herabzusetzen. Interesse bietet der Fall auch für die Unfallsbeurtheilung. Er zeigt die schweren Folgen eines kleinen Traumas, das durch Fernwirkung auf lebenswichtige Organe nach einigen Wochen noch den letalen Ausgang herbeiführte. Nur die Autopsie kann in solchen Fällen den Zusammenhang zwischen Trauma und Tod aufklären. **(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 50.)**

**Neuralgieen.** **Therapeutische Erfahrungen mit Trigemin** aus der Prof. Ewald'schen Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. Trigemin, eine Verbindung von Pyramidon und Chloralhydrat, wurde in Dosen von 0,5—1,5 gr pro die gegeben bei 12 Fällen (Trigeminusneuralgie, Zahnschmerzen, Migräne, Ischias), wo es ganz gut wirkte. Allerdings wurde trotz der kleinen Anzahl von Fällen 2mal Urticaria danach gesehen, 1mal nach 8tägigem Gebrauch, 1mal nach einer Einzeldosis von 0,75 gr.

**(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)**

— Ueber **locale Lichttherapie** macht Stabsarzt Dr. Kellermann (Hydrotherap. Anstalt der Universität Berlin) Mittheilung. Es standen zwei von der Elektricitätsgesellschaft „Sanitas“ gelieferte Apparate zur Verfügung: ein Bogenlichtapparat und eine handliche Glühlichtlampe. Hauptsächlich wurden N. und Hautaffectionen, besonders *Ekzem*, so behandelt: Die Pat. mussten den zu bestrahlenden Körpertheil in solche Nähe der Lichtquelle bringen, dass sie eine eben noch erträgliche Wärme empfanden. Es fanden 4 mal in der Woche Bestrahlungen von 15 Minuten Dauer statt. Durch die locale Lichttherapie wurden entschieden günstig beeinflusst N. und Ekzeme, ferner auch *Ulcera cruris*.

(Centralbl. f. die gesammte Therapie 1904 No 1.)

**Panaritium.** Die **Behandlung des P.**, wie er sie auszuführen pflegt, schildert Prof. v. Bergmann (Berlin). Er räth vor allem, unter jeder Bedingung so frühzeitig wie möglich in die Fingervola zu incidiren, d. h. die geschwollene und geröthete Stelle zu spalten, sowie man Schwellung und Röthung constatirt. Die meisten Pat. entschliessen sich auch heutzutage dazu, weil man ihnen die Schmerzlosigkeit des Eingriffs garantiren kann. So ingeniös erdacht und wirksam aber auch die Schleich'sche Methode ist, für die Spaltung eines P. kann sie Autor nicht empfehlen, da die anaesthesirende Lösung in einen Entzündungsherd gespritzt wird und dadurch die in ihm schon bestehende Spannung erhöht. Besser und noch zuverlässiger ist es nach Oberst's Vorgange, das Cocain an vier den Digitalnerven entsprechenden Stellen, dort wo sie längs den Seitenrändern der ersten Phalanx verlaufen, in die Tiefe des Fingers zu spritzen, also eine directe Wirkung auf die Nervenstämme auszuüben. Die Mittel zum Ersatze des Cocain, wie das Eucain, besitzen nicht wesentliche Vorzüge, auch der Adrenalinzusatz ist entbehrlich. Wohl aber bleibt es empfehlenswerth, den Finger an seiner Basis mit einem elastischen Gummidrainrohr abzuschnüren, nachdem man ihn kurze Zeit steil aufrecht gehalten hat. Die Abschnürung und Blutleere geschieht nicht, um einer Vergiftungsgefahr vorzubeugen, denn diese ist, selbst wenn man eine 5%ige Lösung wählen und vier Pravaz'sche Spritzen anwenden, also 0,2 injiciren würde, nicht gross, wenn mit den 20 cg auch die Maximaldosis erreicht ist. Macht man den Finger blutleer, ehe man injicirt, so genügt eine geringere Dosis, nämlich die Injection von vier mit 2%iger Cocainlösung gefüllten Spritzen, nur muss man

länger warten, ehe die Wirkung eintritt, 5—10 Minuten, bis man auf vollständige Analgesie rechnen kann. Eine Anaemisirung durch Adrenalinzusatz zur Cocainlösung ist unsicher, Zusatz dagegen von 1—3 Tropfen einer 1‰igen Adrenalinlösung verlängert, wie es scheint, die Dauer der localen Anaesthesie. Die Hauptsache bleibt das Verfahren von Oberst: Abschnürung und Injection gegen die Nerven. Im blutleeren Finger können wir den Entzündungsherd, durch welchen unser Scalpell schneiden müsste, in frischen Fällen deutlich übersehen und den Schnitt dann so einrichten, dass er seine Grenzen überschreitet. Bei vorgeschrittener Eiterung (Abscedirung des Handrückens und Synovitis purulenta) greife man besser zur allgemeinen Narkose. Unter ihrem Schutze kann man die Grenzen der Phlegmone und die Ausdehnung der Eiterung in der Sehnenscheide in aller Ruhe aufsuchen und übersehen, um, soweit als nöthig und möglich ist, dem deletären Entzündungsproducte dauernden gesicherten Abfluss zu verschaffen. Die Blutleere macht es möglich, jede Nische, in der Eiter steckt, zu entdecken und die Sehne bis dahin zu verfolgen, wo kein Eiter sie deckt und umspült. Nun lassen sich aber doch nicht alle Pat. gleich „schneiden", manche bitten um „Aufschub". Hier giebt es nur *ein* empfehlenswerthes Mittel: Ruhe des entzündeten Gliedes. Autor hüllt den Finger in Watte und stellt durch eine alle Finger, die ganze Hand und den Vorderarm umfassende Schiene die Unbeweglichkeit her; mit der Ruhe ist die Hochlagerung zu verbinden. So gelingt es mitunter noch, die Entzündung zur Rückbildung zu bringen. Man hüte sich aber, mehr zu thun. Wie gefährlich Umschläge mit Carbol sind, ist bekannt. Aber auch Priessnitz'sche Einwickelungen, Umschläge mit essigsaurer Thonerde, Alkohol u. dgl. unterlasse man; wenn sie helfen, so helfen sie durch die Ruhe, zu der sie die Hand des Pat. zwingen, im übrigen schaden sie, indem sie die obersten Hautschichten theils zum Quellen, theils zum Austrocknen bringen. Der Hauptfehler aber aller dieser Ordinationen ist die Verschleppung des Falles. Noch schlimmer steht es mit den specifisch baktericiden Mitteln, welche man in den Entzündungsherd direct hineinzubringen versucht hat. Innerhalb lebender Gewebe kann man keine Bakterien tödten. Das angewandte Mittel tödtet viel eher die menschlichen Zellen, die es trifft, als die Bakterienzellen, ausserdem lähmt es die Gewebe und damit auch diejenigen Stoffe und schützenden Körper in ihnen, welche der Bakterien-

vegetation hemmend entgegen treten. Vom Antistaphylokokkenserum ist viel Gutes nicht zu erhoffen. Zur Zeit liegt eben alles Heil für den an P. leidenden Pat. in der frühzeitigen und ausreichenden Spaltung der inficirten Stelle am Finger durch einen gehörig tiefen und langen Schnitt. Diese Wunde ist so lange klaffend zu halten, bis sie mit Granulationen überall bedeckt ist. Am besten füllt man sie locker mit Jodoformgaze. Man achte wohl auf die Verbreitung der Entzündung über dem Handrücken und längs der Hohlhandsehnen, um, sowie eine solche entdeckt ist, aufs neue einzuschneiden, insbesondere die Sehnenscheide soweit zu spalten, als der Eiter sie füllt. Hier genügen nicht kleine, selbst vielfach angebrachte Schnitte, sondern ein grosser Schnitt. Er ist das beste Mittel, die Sehne zu erhalten. In dem Sinne sind der frühe wie der späte chirurgische Eingriff conservirende Mittel. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904 No. 1.)

**Pityriasis versicolor.** **Recidive bei P.** sind etwas ganz Gewöhnliches; welches Mittel man auch anwenden mag, die P. erweist sich als schwer heilbar, das Recidiv ist immer nur eine Frage von Monaten. Das liegt daran, dass Reste der Pilzwucherungen zurückbleiben, welche ohne weitere Hülfsmittel mit blossem Auge nicht mehr erkennbar sind. Dreyer zeigt einen seit 8 Tagen behandelten Pat., an dem man nichts mehr von P. wahrnimmt. Er bestreicht nun die Brust des Pat. mit folgender Lösung:

Jod. pur. 2,5
Kal. jod. 5,0
Aq. dest. 50,0.

Sofort heben sich die Pilzflecke wieder mit brauner Farbe ab. Diese schöne, von dem New-Yorker Dermatologen Allen angegebene Reaction erscheint geeignet, die Therapie der kosmetisch so lästigen Affection wesentlich zu fördern.

(Allgem. ärztl. Verein zu Köln. — Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 50.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber **Vagitus uterinus** schreibt Prof. A. Sippel (Frankfurt a. M.). In der gynaekologischen Abtheilung der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. (1896) hielt Thorn einen Vortrag über Vagitus uterinus, in welchem er folgendes mittheilte: „Bei einer

Zweitgebärenden mit engem Becken, etwas nach rechts abgewichenem vorliegenden Kopf und rigider, für zwei Finger durchgängiger Cervix wird ein Dilatator nach Barnes in die Cervix gelegt und der Kürze wegen einfach aufgeblasen. Fast unmittelbar nach genügender Aufblähung setzt eine Wehe ein und im gleichen Augenblick barst unter erheblicher Detonation der Ballon und unmittelbar darauf schrie das Kind so deutlich, dass die wie aus einer Versenkung klingenden Töne von allen Anwesenden deutlich gehört wurden. Sie erschollen in zwei Absätzen, jedesmal etwa 3 mal. Dabei behielten die kindlichen Herztöne ihre normale frühere Frequenz; Athemgeräusche waren nicht zu hören. Trotz dieses Missgeschicks wurde sofort ein neuer Barnes eingelegt. Dabei entwich Luft und etwas Fruchtwasser. Es erfolgte dann relativ bald die Geburt eines sofort schreienden, lebensfrischen Knaben.“ Soweit Thorn. Hatte ich nun bis dahin immer aus physiologischen Gründen ein gewisses Bedenken gegen jene Fälle von angeblichem Vagitus uterinus nicht unterdrücken können, bei denen später ein vollkommen intactes Kind geboren wurde, so wuchsen diese Bedenken bei dem Thorn'schen Falle aus anderen Gründen noch erheblich: Unter dem Einfluss einer Wehe platzt der Dilatator und *unmittelbar* darauf schreit das Kind! Ich fragte mich, wie ist das möglich? Der intrauterine Druck war im gegebenen Augenblick jedenfalls grösser als die Spannung der Luft im Dilatator, denn sonst wäre dieser nicht geborsten. Nach dem Bersten musste der Druck im Uterus erst recht grösser sein als die Spannung der Luft, da diese ja jetzt nach der Scheide entweichen konnte. Unter diesen Druckverhältnissen soll nun in dem Augenblick des Berstens Luft bis hinauf in das Cavum uteri gelangen, vom Fötus alsbald aspirirt und durch Schreien alsbald exspirirt werden? Das schien mir schon damals eine physikalische Unmöglichkeit. Selbstverständlich sind die von Thorn gehörten Töne wirklich aufgetreten. Aber wie, auf welche Weise entstanden sie, wenn nicht im Kehlkopf des Fötus? Zweierlei Möglichkeiten zog ich in Betracht. Einmal konnten die Ränder des geborstenen Dilatators die schwingende Membran abgegeben haben, welche, durch die unter hohem Druck entweichende Luft in Bewegung gesetzt, die Töne hervorgerufen hatte. Zweitens hielt ich es für möglich, dass unter günstigen Umständen eine gespannte Falte der Scheidenschleimhaut die schwingende Membran dargestellt hätte. Unter Berücksichtigung des Umstandes,

dass unter den geschilderten physikalischen Druckverhältnissen ein Hinaufgelangen von Luft in das Cavum uteri und in dem Bereich von Nase und Mund des Fötus unmöglich war, konnte ich mir das Entstehen der Töne nur auf solche Weise erklären. Vor einiger Zeit war ich genöthigt, bei einer Mehrgebärenden die innere Wendung ohne Narkose auszuführen. Als ich mich mit der Hand im Uterus befand, stellte sich eine Wehe ein. Während ich nun in dieser Situation zuwartete, bis die Wehe wieder nachlassen würde, hörte man plötzlich 2 mal hintereinander her aus der Tiefe des Leibes der Gebärenden kommend zwei hohe Töne, die man nach ihrem Charakter recht wohl für Kindesschreie hätte halten können und die auch die Umstehenden zu der Frage veranlassten, ob denn das Kind schreie. Dabei konnte ich aber mit voller Deutlichkeit fühlen, wie jedesmal beim Auftreten des Tones Luft von oben nach unten über die Rückseite meines in den Genitalien liegenden Vorderarms gepresst wurde, indem ich gleichzeitig ein leichtes Fibriren einer an dieser Stelle in der Tiefe der Scheide meinen Arm fest umschnürenden Weichtheilfalte empfand. Es war kein Zweifel, dass hier die Töne entstanden. Diese Beobachtung in Verbindung mit den physikalischen Bedenken, welche in mir beim Anhören des Thorn'schen Falles wachgerufen waren, lässt für mich die Möglichkeit, ja die Wahrscheinlichkeit zu, dass vielleicht auch bei anderen Fällen von angeblichem Vagitus uterinus eine derartige Entstehungsweise der gehörten Töne in Betracht komme. Dass dies speciell für den Fall Thorn's möglich ist, wird noch dadurch gestützt, dass beim Einlegen des zweiten Dilatators Luft in der Scheide sich befand. Was hindert uns an der Annahme, dass diese während der Wehe aus dem durch Faltenbildung verlegten, stark gespannten obersten Abschnitt der Scheide über die ausgezogenen Falten hinweg nach unten gepresst wurde und so die Töne hervorrief? Es scheint mir von vornherein eine solche Annahme eine physikalisch und physiologisch ungezwungenere, als das Schreien eines völlig lebensfrisch zur Welt kommenden Kindes im Mutterleib. Wenn ich die Fälle von angeblichem Vagitus uterinus durchsehe, bei denen, wie im Torn'schen Falle und neuerdings im Falle Peiser's, nach dem Auftreten des vermeintlichen Schreiens ein völlig frisches Kind geboren würde, so scheinen sie mir allesammt so zu liegen, dass eine Erklärung für das Auftreten der Töne durch in Schwingung gesetzte, gespannte Weichtheilfalten mit durch-

gepresster Luft nicht ausgeschlossen scheint. Damit würde auch das physiologische Räthsel fortfallen, das uns nun doch einmal aus allen diesen Fällen entgegentritt, denn das plötzliche Athmen und Schreien eines im Vollbesitz seines placentaren Gasaustausches sich befindenden Kindes im Mutterleib ist und bleibt ein Vorgang, der sich im diametralen Gegensatz befindet zu allen positiven Thatsachen, welche uns über das Auftreten des ersten Athemzugs bekannt sind.“ (Centralblatt f. Gynaekologie 1903 No. 47.)

— Ueber **üble Folgen der tiefen Cervixeinschnitte bei der Geburt** berichtet Prof. Dr. Hofmeier (Würzburg), indem er zwei Fälle anführt, bei denen die bei einer früheren Geburt gemachten Einschnitte bei einer späteren sich verhängnissvoll erwiesen. Bei der einen Pat. wurde die Cervix in ihren mittleren Theilen fest narbig verschlossen gefunden, und kostete es viele Mühe, mit dieser Complication fertig zu werden. Bei der anderen Pat. kam es schon damals, als die Einschnitte ausgeführt wurden, dabei zu einer so furibunden Blutung, dass, wenn die Sache nicht in der Klinik, wo alle Hülfe zu Gebote stand, passirt wäre, Pat. zweifellos sich verblutet hatte. Sie starb, nachdem dann 2 normale Geburten von statten gegangen, jetzt bei der 4. Geburt. Es kam hier nämlich zu einer incompleten Uterussuptur infolge mangelhafter Dehnungsfähigkeit des Cervicalgewebes, wahrscheinlich in den oberen Theilen der Narbe oder unmittelbar über ihr, wobei unglücklicherweise wieder ein grösserer Ast der Uterina angerissen wurde. So sind die Cervixschnitte, und ganz besonders die seitlichen, nicht immer so harmlose Eingriffe, als welche sie seiner Zeit Dührssen hinstellte. Es ist grosse Vorsicht dabei durchaus am Platze, und, wenn sie schon nicht vermeidbar erscheinen, sollten sie wenigstens vorn und hinten gemacht werden zur Vermeidung der grossen Gefässe.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 3.)

— Die **Behandlung der Blutungen nach der Geburt** bespricht Prof. H. Fritsch (Bonn). Er schildert die Methoden, die sich ihm bewährt haben, und die er deshalb den Praktikern am meisten empfehlen kann. Man muss streng unterscheiden zwischen Blutungen ex Atonia und Rissblutungen. Die Atonie ist meist Folge der falschen Leitung der Nachgeburtsperiode. Wer gleich nach der Ausstossung des Kindes den Uterus drückt oder gar massirt, löst die Placenta theilweise; der Uterus kann sich nicht gleichmässig

zusammenziehen, es muss bluten. Die Prophylaxe spielt also hier eine sehr grosse Rolle. Wer ruhig abwartet, den Uterus nicht berührt, wer erst, nachdem die Nachwehen deutlich eingetreten sind, nach 10—20 Minuten geschickt den Uterusfundus circulär reibt, wird die Nachgeburt leicht ausdrücken und selten Nachblutungen erleben. Ein gar nicht berührter Uterus blutet meist nicht, und heimlich Gebärende sind noch nie an Nachblutungen gestorben. Aber bei Zwillingen, Hydramnios, sehr grossen Kindern, Wendungen und schweren Extractionen, wo von aussen nachgeholfen werden muss, auch bei unruhigem Pressen der Entbundenen, kommt es zu partiellen Lösungen der Placenta und zur Nachblutung. Besonders gefährlich sind die Blutungen bei Frauen, wo nicht der Arzt Geburt und Nachgeburt leitete, die Hebeamme ungeschickt den Credé'schen Handgriff erfolglos versuchte; man findet die Frauen fast verblutet. Meist gelingt es leicht, die Placenta herauszudrücken, aber infolge der starken Anaemie ist der Uterus atonisch geworden, der Blutverlust wird zur Quelle neuer Blutung. Hier, wo man die Entbundene pulslos, fast verblutet, fast sterbend findet, wendet Autor folgendes Verfahren an: Der Uterus lässt sich unmittelbar post partum selbst bei dicken Bauchdecken, namentlich wenn man massirend die Recti auf die Seite schiebt, leicht umgreifen und ausdrücken. Das Blut, das schon in ihn ergossen ist, ist natürlich der Frau verloren; es muss schnell durch Druck entfernt werden. Dann hebt man den Uterus hoch, indem man mit den Händen auf die hintere Seite geht. Man drückt den Uterus in forcirter Anteflexionsstellung auf die Symphyse und über die Symphyse hinweg. Man anteponirt ihn stark. Der innere Muttermund liegt ungefähr gerade über dem Pecten pubis. Die Bauchdecken werden tief hinter dem Uterus in den Beckeneingang hineingedrückt. Der Raum hinter dem Uterus, der so entstehende Trichter, wird mit zusammengelegten Handtüchern, Wäschestücken, oder, wenn man sie genügend zur Hand hat, mit grossen Ballen Watte ausgefüllt, sodass der Uterus ganz vorn an die Bauchdecken angepresst ist. Dann wird mit einer energisch angezogenen Rollbinde die ganze Masse hinter dem Uterus tief nach unten gepresst, sodass die Bauchdecken einen Trichter bis fast in den Beckeneingang hinein bilden. Das Corpus uteri liegt also auf und vor der Symphyse. Hat man keine Rollbinde, so werden schnell 2 Handtücher breit zusammengenäht oder geknüpft. Mit grosser Kraft, so fest als es nur geht, wird die Masse

durch Anziehen des Knotens fest in den Beckeneingang hinein und der Uterus nach vorn gepresst. Einige Bindentouren, die über den Fundus uteri unterhalb der anderen Binde ziehen, drücken die Wände des in starker Anteflexion befindlichen Uterus fest zusammen. Befestigt man die hinter den Uterus gelegten Massen mit zusammengeknüpften Handtüchern, so wird noch eine zweite gleiche Massage über dem Fundus uteri zusammengeknüpft. Eine Blutansammlung im Uterus ist also unmöglich, da eine Uterushöhle nicht existirt. Der Verband bleibt 12 Stunden liegen. Er wird auffallend gut ertragen. Ist die Blase bei Anlegung des Verbandes voll Urin, so spritzt er meist heraus. Urin wird bei solcher Anaemie ja wenig producirt; sollte Harndrang entstehen, so hindert nichts den Katheterismus. Nach Fertigstellung des Verbandes wird der Kopf tief gelagert, ein Stuhl wird unter das Fussende des Bettes gestellt, Wärmkrüge kommen ins Bett, reichliches Getränk wird verabfolgt, Campheröl-, Ergotin-, Aetherinjectionen sind zu machen, falls der Puls sich nicht ohne das hebt. Man erreicht bei dieser Behandlung folgendes:

1. Die Bauchhöhle wird comprimirt. Es wird also noch besser, als bei der zeitweiligen directen Compression der Aorta descendens oder beim Einwickeln der Beine das wenige noch vorhandene Blut in der oberen Körperhälfte gefesselt.
2. Es kann aus dem Uterus nicht mehr bluten, weil die Wände fest aufeinandergepresst sind.
3. Es geht auch nicht mehr *das* Blut verloren, das während der Tamponade herausfliesst und das in den Tampon hineinläuft. Trotz Tamponade erlebt man Todesfälle, auch wird der Unerfahrene keineswegs rasch mit der Tamponade fertig.
4. Die Methode kann jeder sofort anwenden, sogar ohne sich zu desinficiren, wenn Gefahr im Verzuge ist; man kann also sofort, ohne Schmerzen zu machen, ohne lange zu untersuchen, ohne eine Secunde Zeit zu verlieren, die Compression bewerkstelligen.
5. Nachher kann die Entbundene hier ganz in Ruhe gelassen werden, sie wird auch bei weiteren event. Maassnahmen nicht gestört.
6. Die Behandlung ist eine extravaginale, kein geringer Vortheil.

Nach etwa 12 Stunden nimmt man den Verband ab. Langsam sinkt der Uterus, in dem nun längst die Gefässe

durch Thromben verschlossen sind, in seine normale Stellung zurück. Eine Nachbehandlung, namentlich eine intrauterine, ist natürlich unnöthig, auch ein Vortheil! — Bei *Blutungen aus Einrissen* ist, wie des Autors Erfahrungen lehrten, die Naht kein sicheres Mittel, ausserdem ist sie nicht leicht auszuführen. Auch Tamponade wirkt unsicher, jedenfalls schliesst ein Tampon eine durchrissene grössere Arterie nicht prompt ab. Viel Blut geht auch während der Manipulation selbst verloren. Autor empfiehlt daher eine Methode, die sich ihm schon oft bewährt hat: die doppelte Compression. Zunächst wird die Placenta entfernt. Das gelingt gerade in diesen Fällen meist sehr schnell, denn der innere Muttermund ist weit, resp. zerrissen. Der Uterus contrahirt sich gut. Ist die Placenta entfernt, so drückt man mit der rechten Hand den anteflectirten Uterus so tief als möglich in das Becken hinein, dadurch werden alle Coagula herausgepresst. Dann ergreift man mit der linken Hand, an der linken Bettseite stehend, die Vulva, drückt die beiden grossen Schamlippen fest zusammen und drängt sie nach oben in den Schambogenwinkel hinein, als wollte man den ganzen Beckenboden in die Beckenhöhle nach oben schieben. Auf diese Weise gelingt es, die Vulva so fest zusammen zu drücken und zusammen zu halten, dass das Blut nicht mehr ausfliessen kann. Der Handgriff würde bei einer nicht eben Entbundenen schwer sein. Bei einer Entbundenen aber ist die Vulva schlaff und herabgeschoben, sie liegt gleichsam in einer tieferen Ebene, sodass man sie gut fassen und zusammendrücken kann. Nun wird mit der einen Hand von oben und mit der anderen von unten kräftig das dazwischen Liegende zusammengepresst. Der untere Arm drückt sich mit dem Ellbogen in das Bett, er erlahmt also nicht sobald. Erlahmt aber die obere Hand, so weist man die Hebeamme an, mit 2 Händen auf die obere Hand zu drücken, sich gleichsam darauf zu lehnen. Ob der Riss rechts oder links ist, ist gleichgültig, man drückt nicht auf einer Seite, sondern einfach in der Mitte nach abwärts. Die Hände werden in der Art wenigstens 1/2 Stunde, ja 3/4 Stunden und länger gehalten, die Entbundene liegt ganz still, sie bekommt Analeptica zu trinken. Der Druck schmerzt nicht. Lässt man langsam zunächst die obere Hand los, so bleibt meist der Uterus zunächst wie festgeklebt tief liegen. Die Blutung steht und kehrt, einmal gestillt, weil Thrombosirung eingetreten ist, nicht wieder. An die Stelle der oberen Hand kommt

ein Sandsack von 3 Kilo oder ein anderer schwerer Gegenstand. Die Entbundene bleibt, ohne sich zu rühren, liegen. Autor hat ganz colossale Blutungen in wenig Minuten so zum Aufhören gebracht. Die Vortheile der Methode sind;

1. Die ganze Behandlung spielt sich extravaginal ab, Infection ist ausgeschlossen.
2. Auch *das* Blut, das sicher bei der Naht oder der Tamponade während dieser Manipulationen verloren gehen würde, bleibt erhalten.
3. Die Blutung wird in rationellster Weise dadurch gestillt, dass die blutenden Flächen aufeinander gedrückt werden, so fest, dass ein Raum, in den es bluten könnte, nicht mehr vorhanden ist. Man bereitet also die Verklebung und Heilung dadurch vor, dass die Wundflächen aufeinander und ineinander gedrückt werden.
4. Eine Nachbehandlung ist nicht nothwendig; lassen die Hände los, steht die Blutung, etwas weiteres erübrigt sich.

Autor schlägt vor, beide Methoden den Hebeammen zu lehren, damit diese schon vor Ankunft des Arztes davon Gebrauch machen können.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— Einen **Fall puerperaler Sepsis, geheilt durch Aronson's Antistreptokokkenserum,** beschreibt Frauenarzt Dr. F. Mainzer (Berlin). Es wurden am 3. Tage der Erkrankung, am 5. nach der Geburt, 60 ccm unter die Bauchhaut injicirt, am Tage darauf 45 ccm und am 3. Tage nochmals 60 ccm. Trat auch nach der 1. Injection noch kein kritischer Temperaturabfall ein, so war doch die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden eclatant, nach der 3. Injection war jede Gefahr behoben und Pat. trat in die Reconvalescenz ein. Die Beobachtung erweckte durchaus den Eindruck, dass der Umschwung zur Besserung auf Conto des Serums zu setzen war, das sich auch in grossen Dosen als ungefährlich erwiesen hat. Einige Tage nach den Injectionen zeigten sich freilich Nebenwirkungen des Serums (Fieber, Gelenkschmerzen), die aber auf Aspirin rasch zurückgingen. Hoffentlich glückt es, ein hochwerthiges Serum herzustellen und so die Dosen zu verringern, damit die Nebenerscheinungen immer seltener werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 50.)



**Tabes dorsalis.** Nach v. Leyden gehören alle **Psychosen bei T.,** zum mindesten die chronisch verlaufenden, zu dem grossen Gebiete der progressiven Paralyse. Ernst Schultze (Bonn) tritt dieser Auffassung entgegen und beschreibt zwei Fälle von ausgesprochener T., welche beide mit einer Psychose combinirt waren. Aber es handelte sich hier keineswegs um progressive Paralyse, sondern das eine Mal um Melancholie, das andere Mal um Paranoia chronica hallucinatoria, zufällige Combinationen, bei denen die T. und ein etwaiger gemeinschaftlicher aetiologischer Factor sicher keine Rolle spielten. Man muss sich da vor einer einseitigen Auffassung und Deutung somatischer Anomalieen bei der diagnostischen Beurtheilung von Psychosen hüten. Erkrankt der Tabiker psychisch, so wird es gewiss in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine Paralyse sein; aber es braucht dies durchaus nicht der Fall zu sein. So wichtig auch körperliche Störungen bei Psychosen für Diagnose und Prognose sind, so darf doch auf das Vorhandensein der T. allein nicht die Diagnose der Paralyse gestützt werden. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 49.)

— Einen **Fall von T. juvenilis bei Lues hereditaria** beschreibt C. Hartmann (Marien-Krankenhaus Hamburg). Die 20 jähr. Patientin leidet seit ihrem 13. Lebensjahre an starken neuralgiformen Gesichtsschmerzen. Mit 17 Jahren traten zum ersten Male Erscheinungen von Seiten der Sehnerven auf. Zur Zeit besteht starke Atrophia N. optici, das Westphal'sche und Romberg'sche Phaenomen, beide deutlich ausgeprägt, sodass die Diagnose der seit dem 13. Lebensjahre bestehenden T. juvenilis offenbar ist. Es handelt sich also hier um einen sehr langsam fortschreitenden Krankheitsprocess, bei dem namentlich die lange Dauer des neuralgiformen oder präatactischen Stadiums auffallen muss. Trotz genauer Nachforschung fehlt jede Angabe über irgendwelche Paraesthesieen der oberen wie der unteren Extremitäten, während gerade diese sensiblen Störungen unter den Frühsymptomen der T. fast nie fehlen; an ihre Stelle traten die heftigsten, periodisch wiederkehrenden Schmerzanfälle im Gesicht, resp. in den Gesichtsknochen, die bei T. äusserst selten sind. Diese sensible Störung besteht gleichzeitig mit einer vasomotorischen, indem zur Zeit der Schmerzanfälle die Haut der betroffenen Gesichtsparthieen der Sitz einer congestiven Hyperaemie ist, empfunden von der Pat. als brennend heisses Gefühl im Gegensatz zu den in die Tiefe hinein localisirten

Knochenschmerzen. Der aetiologische Zusammenhang mit hereditärer Lues ist hier durch Anamnese ziemlich klar gegeben. Die eingeleitete antiluetische Cur hatte keinen wesentlichen Erfolg.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 51.)

**Tuberculose.** Einen **Fall von traumatischer Lungentuberculose** beschreibt Dr. E. Gebauer (Wittenberge). Am 4. VI. 1902 verunglückte ein Arbeiter dadurch, dass er, beim Umladen von Kohlen aus einem Kahn in einen Eisenbahnwagen beschäftigt, mit einer gefüllten Kohlenkarre vom Laufbrett herunterstürzte und dabei durch den Karrenbaum der umkippenden Karre an der rechten Brustseite getroffen und mit der Brust gegen die Wand des Eisenbahnwagens gepresst wurde. Er spürte sofort heftigen Schmerz in der rechten Seite. Der Arzt constatirte „eine leichte Quetschung der Weichtheile in der rechten Brustseite in der Höhe der 5. und 6. Rippe, leichten Bluterguss im Unterhautzellgewebe an der verletzten Stelle." Bluthusten trat nicht ein. Nach 14 Tagen wurde Pat. gesund entlassen. Indessen klagte er weiter über „heftige innere Schmerzen" in der rechten Seite bei schwerer Arbeit und tiefem Athemholen. Er versuchte immer wieder die Arbeit, musste sie aber bald wieder aufgeben. Der Arzt untersuchte wieder am 5. IX. 1902, fand aber nichts Krankhaftes, diagnosticirte Simulation, sodass Pat. mit seinen Rentenansprüchen abgewiesen wurde. Autor hatte nun auf behördliches Ersuchen den Pat. ebenfalls am 27. X. untersucht, gleichfalls mit negativem Resultat. Am 22. X. nahm Pat. wieder ärztliche Hilfe in Anspruch, weil er im Anschluss an schwere Arbeit seit einigen Tagen stärkere Schmerzen, Hitze und Husten habe. Leichte Dämpfung des ganzen rechten Oberlappens, Temp. 38,5°. Schon Tags darauf Temperatur wieder normal, Schallverkürzung des ganzen rechten Oberlappens, an einzelnen Stellen feinblasiges Knisterrasseln. Am 24. X. früh plötzlich reichliche Haemoptoe; Dämpfung des rechten Oberlappens, über dem ganzen Dämpfungsbezirk knisternde, feinblasige Rasselgeräusche; in zwei Präparaten neben zahlreichen Pneumokokken auch vereinzelte Tuberkelbacillen. Der Bluthusten sistirte Tags darauf, allmählich hellte sich die Dämpfung auf, die Geräusche verschwanden langsam, der Auswurf verringerte sich, es fanden sich nur noch Pneumokokken, Tuberkelbacillen nicht mehr, der Lungenbefund wurde normal; nur die Schmerzen blieben noch bestehen. Im

December versuchte Pat. wieder zu arbeiten, musste dies aber immer wieder der Schmerzen wegen unterbrechen; auch trat wieder Bluthusten auf. Die am 3. III. 1903 angestellte Untersuchung des Sputums ergab reichlich Tuberkelbacillen. Dabei liess der objective Lungenbefund keine Veränderungen mit Sicherheit erkennen. Es stand aber jetzt fest, dass eine Lungentuberculose in der Entwickelung begriffen war, die zunächst noch keine den physikalischen Untersuchungsmethoden zugänglichen Erscheinungen hervorrief. Pat. war früher stets gesund gewesen, erbliche Belastung sowie näherer Verkehr mit Tuberculösen wurde entschieden in Abrede gestellt. Wenn nun auch nicht eine schwere innere Verletzung der Lunge die unmittelbare Folge des Unfalls gewesen ist (kein Lungenbluten!), so kann man sich doch nicht der Annahme verschliessen, dass durch die Quetschung der Brust irgend welche, wohl central gelegenen Theile der Lunge derartig geschädigt wurden, dass sie zunächst die Schmerzen hervorriefen und dann den von aussen eindringenden Bacillen einen günstigen Nährboden boten. Die Berufsgenossenschaft gewährte denn auch Unfallrente.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 45.)

— Ueber **primäre Darm- und Gaumentonsillentuberculose** lässt sich Dr. Sukehiko Ito (Pathol.-anatom. Institut des Krankenhauses im Friedrichhain zu Berlin) aus. Er bringt zunächst zwei Fälle von primärer Darmtuberculose bei einer 59jähr. Patientin und einem $1^3/_4$ Jahre alten Kinde. In beiden Fällen waren Hals- und Respirationsorgane frei von T., und nur im Darmtractus, den Mesenterialdrüsen und im Peritoneum fanden sich tuberculöse Herde. Es handelte sich offenbar um primäre Fütterungstuberculose, deren Quelle freilich dunkel blieb. Auch primäre T. des Rachenrings gehört der primären Fütterungstuberculose an. Speisereste oder Speichel können sehr leicht in den Lacunen der Tonsillen zurückbleiben. Es ist daher theoretisch sehr leicht möglich, dass, falls virulente Tuberkelbacillen enthaltende Speisereste in die Lacunen eingedrungen, wo sie viel günstigere Bedingungen finden, als an der Oberfläche, in den Follikeln tuberculöse Herde schaffen, die an der Oberfläche sich nicht etabliren. Das ist auch thatsächlich der Fall. Regelmässige mikroskopische Untersuchungen würden jedenfalls zeigen, dass diese T. gar nicht so selten ist, wie es den Anschein hat. Autor beschreibt zwei in letzter Zeit entdeckte Fälle von primärer T. der Gaumen-

tonsillen, die einen 42jähr. Mann und ein 13jähr. Kind betrafen. Es handelte sich hier wirklich um primäre Fütterungstuberculose, da in keinem anderen Organ sich tuberculöse Herde vorfanden. Solche hatten sich ausschliesslich in den Lacunen etablirt, makroskopisch erschien alles intact, keine Spur von Ulceration u. dgl. Solche Fälle sind natürlich unmöglich klinisch zu diagnosticiren. Auch in fünf Fällen von secundärer T. der Gaumentonsillen, die Autor früher sah, war makroskopisch nichts erkennbar, erst nach genauer mikroskopischer Untersuchung entdeckte man die tuberculösen Herde. Es ist also T. der Tonsillen eine Affection, deren Nachweis nur das Mikroskop gestattet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 2.)

— **Thiocol bei Phthise und Scrophulose** hat Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin) mit bestem Erfolge angewandt. Es leistet das Mittel so Vortreffliches, dass es in der Phthiseotherapie fast unentbehrlich geworden ist, zumal es so gut wie frei ist von allen üblen Nebeneinwirkungen. Für die Behandlung scrophulöser Kinder bedeutet die Geruchlosigkeit und der nicht unangenehme Geschmack des Präparates sehr viel. Zumal „*Sirolin*" ist eine sehr wohlschmeckende, von Kindern gern genommene Arzneiflüssigkeit. Ausserdem ist Thiocol völlig reizlos, auch bei Kindern bewirkt es nie Gastroenteritis, und Autor kann bestätigen, „dass wir in ihm nunmehr in der That ein Heilmittel besitzen, welches alle therapeutischen Wirkungen des Kreosots und des Guajacols ausübt, ohne deren ungünstige Eigenschaften mit ihnen zu theilen". Vor allem ist es ungiftig. Thiocol ist ein vorzügliches Stomachicum, das fast immer den Appetit stark anregt und das Allgemeinbefinden hebt. Daher wirkt es auf scrophulöse Kinder sehr günstig ein. Auch die Phthisiker werden unter Thiocolgebrauch frischer, kräftiger, wieder arbeitsfähig. Auch der Lungenbefund bessert sich oft, selbst Heilungen kommen vor. Die Nachtschweisse verschwinden, oft nach wenigen Tagen schon, die Expectoration wird ordentlich erleichtert, das Abhusten weniger lästig. Letzteren Umstand suchte Autor auch bei *Herzkranken* zu verwerthen, wenn Stauungskatarrhe sich einstellten und das Abhusten sehr anstrengte. Auch hier wirkte Thiocol deutlich ein. Besonders dankbar war ein Pat. mit grossem Aortenaneurysma; durch Thiocol wurde derselbe von seinen qualvollen Hustenanfällen so gut wie ganz befreit.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 2.)

— Betreffs der Frage **T. und Schwangerschaft** kommt Dr. W. Hahn (Wien) zu folgenden Schlüssen:

1. Die Schwangerschaft ist eine schwere Complication der Tuberculose und zwar desto schwerer, je öfter sie eintritt.
2. In das Programm der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit muss die *Verhütung der Conception* tuberculöser Frauen aufgenommen werden.
3. Ist Schwangerschaft eingetreten, so ist die Frau unter ständiger ärztlicher Controlle zu halten. Tritt Verschlimmerung ein, so kann der künstliche Abort in Gegenwart eines zweiten Arztes nach Aufnahme eines Protokolles und unter Zustimmung der Frau eingeleitet werden. Das Leben der Mutter steht, wie schon Leyden sagte, unter allen Umständen höher als das des Kindes.
4. In den späteren Monaten der Schwangerschaft bietet die Einleitung der künstlichen Frühgeburt gegenüber der Geburt am normalen Ende keine Vortheile und ist an und für sich ein für eine tuberculöse Frau nicht unbedenklicher Eingriff. Da ausserdem eine tuberculöse Frau ein ganz gesundes Kind gebären kann, das, in entsprechende Lebensverhältnisse gebracht, günstige Lebenschancen hat, so wäre es ein Unrecht, das Kindesleben zwecklos zu opfern.
5. Da die Schwangerschaft an und für sich an den menschlichen Organismus enorme Anforderungen stellt, so ist einer *tuberculösen schwangeren Frau* desto mehr Fürsorge zuzuwenden, und wird es Aufgabe der Hülfsvereine für Tuberculöse sein, diesen Kranken vor allen ihre Hülfe angedeihen zu lassen.
6. Von einem principiellen Standpunkte der Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberculose, wie ihn Maragliano und Hamburger einnehmen, kann also keine Rede sein.

Die Frage der Beziehungen zwischen Tuberculose und Schwangerschaft und der dagegen einzuschlagenden Maassnahmen ist vielmehr eine sehr complicirte und kann vielleicht in der eben angegebenen Weise einer halbwegs befriedigenden Lösung zugeführt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 52.)

# Vermischtes.

— Zur **Methodik der Abdominaluntersuchung** empfiehlt Dr. Pickardt (Berlin), um das „Spannen" der Musculatur, das eine Exploration unmöglich machen kann, zu überwinden, den Pat. in ein *warmes Vollbad* zu setzen, und zwar möglichst tief. Man ist erstaunt, mit welcher Leichtigkeit dann die vorher unausführbar erscheinende Palpation gelingt. Autor hat so schon manchen Tumor nachgewiesen, den er vorher nicht fühlen konnte, andererseits Resistenzen, die als Tumoren imponirten, als durch Muskelcontraction hervorgerufen und so Geschwülste nur vortäuschend gefunden. Im Wasser ist man, je tiefer der Körper eintaucht, desto mehr gezwungen, tief zu athmen, und darin liegt offenbar die Erklärung der Entspannung.

(Die ärztl. Praxis 1904 No. 1.)

— Eine **Notiz über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiacum** bringt Dr. Th. F. Becker (Berlin, Prof. Lassar's Klinik) auf Grund seiner Versuche. Dieselben zeigten zunächst, dass man, um einen anaphrodisirenden Effect zu erzielen, zur Verabreichung der nicht ganz gleichgültigen Mindestgabe von 0,01 g gezwungen ist. In zwei Fällen versagte auch diese Dosis, und 4mal blieb überhaupt die gewünschte Wirkung aus, wobei Autor allerdings die Versuche abbrach, um 0,03 nicht überschreiten zu müssen. In allen Fällen machte sich eine ziemlich bald eintretende Gewöhnung bemerkbar. Diese ging verschiedentlich bis zum völligen Ausbleiben der Wirkung bei Verabfolgung von 0,02. Wurde das Mittel dann einige Tage ausgesetzt oder — z. B. durch Lupulin — ersetzt, so entfaltete es in der früher wirksamen schwachen Dosis wieder prompt seine Kraft. Heroin besitzt andererseits lange nachhaltige Wirkungsdauer. Es war daher möglich, die Dosis zeitweise um 0,005 herabzusetzen oder 1—2 Tage das Mittel auszusetzen und dennoch constanten Erfolg zu erzielen. Dadurch ist man im Stande, die Angewöhnung zu umgehen. Mehrfach kamen bei anderen Autoren bei 0,01 g unangenehme Erscheinungen vor. Ein Pat. Becker's bekam eine über den ganzen Körper ausgebreitete Urticaria; er hatte 3 Wochen lang wegen anhaltender Erectionen mit lebhafter Libido allabendlich 0,02 g Heroin genommen. Indicationen für Anwendung des Mittels sind: Schmerzhafte Erectionen bei Gonorrhoe, krankhaft gesteigerte Ge-

schlechtslust, allzu häufige Pollutionen. Zu betonen wäre, dass man im Heroin speciell ein nicht unwichtiges Unterstützungsmittel bei der Therapie der *Gonorrhoe* hat. Autor gab das Mittel in Pillenform.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— **Therapeutische Versuche mit fluorescirenden Stoffen** machten Prof. Dr. H. v. Tappeiner und Dr. Jesionek (München). Ersterer hat schon früher über die merkwürdige Wirkung fluorescirender Stoffe auf Infusorien bei Gegenwart von Licht berichtet. Es hat sich gezeigt, dass verschiedene an sich, d. h. im Dunkeln sehr wenig giftige fluorescirende Stoffe jene Organismen bei Zutritt von Sonnenlicht oder zerstreutem Tageslicht noch in sehr grosser Verdünnung zu tödten vermögen. Da lediglich absorbirende Stoffe diese Wirkung nicht zeigen und dieselbe auch bei fluorescirenden Stoffen ausbleibt, wenn das zutretende Licht die die Fluorescenz erregenden Strahlen nicht mehr enthält, so ist die ganze Erscheinung höchstwahrscheinlich mit der Erregung von Fluorescenz ursächlich verknüpft. Es zeigte sich ferner, dass auch alle Enzyme durch fluorescirende Stoffe bei Zutritt von Licht ihre Wirksamkeit einbüssen, und es war nun auch die Untersuchung auf Toxine sehr naheliegend. Und in der That zeigte sich auch hier deutlich der Einfluss, namentlich bei Benützung des Eosins. Dasselbe wurde nunmehr zu therapeutischen Versuchen in der dermatolog. Klinik benützt bei Erkrankungen der Haut und der zunächst liegenden Organe, wo der Zutritt des Lichts und die Application der fluorescirenden Substanz leicht zu handhaben war. Es wurden also oberflächlich gelegene Krankheitsherde mit 5%iger wässriger Eosinlösung bepinselt und solange als möglich unter ständiger Bepinselung dem Sonnenlicht exponirt (im Nothfalle dem elektrischen), über Nacht oder, wo die Sonne nicht schien, durch Borwasserverband oder Zinkpflaster geschützt. Bei *Hautcarcinomen* hatte diese Therapie recht bemerkenswerthe Erfolge aufzuweisen, desgleichen bei *Lupus* und bei *syphilitischen* Hautaffectionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 47.)

— Ein **neuer Nasenrachenspülapparat** (zu beziehen von Dr. Schwalm, München. Preis: Mk. 1,30) ähnelt in der Form einer Giesskanne, ist aus Glas und fasst $^1/_4$ Liter Flüssigkeit. Er zeichnet sich dadurch aus, dass der Druck, unter welchem die Flüssigkeit ausströmt, zwar genügt, um

eine gute Berieselung zu bewirken, aber constant ist, also eine Veränderung der Druckstärke nicht in das Belieben des Pat. gestellt ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 45.)

— **Nafalan in der landärztlichen Praxis** hat Dr. K. v. Luxer (Eleonorenhain) mit bestem Erfolge angewandt. Er benützte *Nafalan pur* (Retorten-Marke) *Hausnafalan* (Ung. Nafalan. c. Zinco):

Rp.: Nafalan. 50,0
Zinc. oxyd. 20,0
Paraffin. 10,0
Lanolin. 20,0.

*Nafalan-Seife*, dann *Nafalan-Streupulver*:

Rp. Nafalan. 10,0
Magnes. 20,0
Talc. 35,0
Am. sol. 26,0
Borac. 3,0
Zinc. oxyd. 5,0
Acid. salicyl. 0,4
Bismuth. 0,1

Endlich *Nafalan-Heftpflaster* (50%) und *Nafalan-Haemorrhoidal-Zäpfchen.* Nafalan pur und Hausnafalan bewährten sich sehr bei *Ekzem*, auch der Kinder, bei *Combustio*, *Lymphangitis*, *Ulcus cruris*, *Gelenkrheumatismen*, *Distorsionen*, *Gicht*, die Nafalanseife bei *Psoriasis*, die Zäpfchen bei *Haemorrhoiden*, das Streupulver bei *Ekzem*, *Hyperidrosis*, *Intertrigo*, das Heftpflaster bei der kleinen Chirurgie.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 2.)

— Die **Behandlung von granulirenden Hautwunden** nimmt nach der jetzt üblichen Methode viel zu viel Zeit in Anspruch, und es kann diese nach Dr. H. Wagner wesentlich abgekürzt werden, wenn man, wie er es seit Jahren thut, sich eines anderen Verfahrens bedient. Da Transplantationen in der Privatpraxis doch nur ausnahmsweise ermöglicht werden können, die Epidermisation aber, wie gesagt, unter Salbenverbänden bei grösseren Defecten allzu langsam vor sich geht, so wird das neue Verfahren, das darin besteht, dass man die Wunde am Tage unbedeckt lässt, oft genug indicirt sein. Das luftdichte Abschliessen der Wunde durch den Salbenverband, der das Wundgebiet gewissermaassen in eine feuchte Kammer verwandelt, hemmt offenbar die

Heilungstendenz der Granulationswunde. Setzt man letztere der Luft aus, so zeigt sie bald auffällige Veränderungen: die Secretion nimmt bedeutend ab, die Granulationen schrumpfen, durch den Schrumpfungsprocess verkleinert sich die Wunde, über der sich bald feine weisse Häutchen bilden. Der ursprünglich weisslich gequollen aussehende Epidermisrand verändert sich ebenfalls unter dem Einfluss der Luft: die durch die Quellung bedingte Verdickung schwindet, es bildet sich ein feiner durchsichtig erscheinender Epithelsaum, der bei längerer Beobachtungszeit in 12 Stunden sich sichtlich verschiebt und die Wunde concentrisch verkleinert. Seit einigen Jahren behandelt also Autor alle reingranulirenden Wunden, wo Transplantation sich nicht ermöglichen lässt, mittelst „Lufttrocknung". An jedem Morgen lässt er den Verband abnehmen, reinigt die Umgebung der Wunde mit Aether oder dgl. und sorgt dafür, dass die Wunde so gelagert wird, dass sie durch Kleidungsstücke nicht berührt wird. Je trockener die Zimmerluft, desto intensiver wirkt die Austrocknung; erlaubt es die Jahreszeit, werden die Pat. ins Freie gebracht. Für die Nacht werden die Wunden verbunden mit Streupulvern (ob Jodoform, Airol, Dermatol, Zinkamylum u. s. w. ist ziemlich gleichgültig). Die Ueberlegenheit der offenen Wundbehandlung tritt stets bald hervor (selbst bei alten Unterschenkelgeschwüren), vielleicht weil der Zustand der Epidermis an der Luft ein der Norm näherliegender und für die Heilung günstiger wird, weil ferner die Luft einen gewissen Reiz auf das Epithel ausübt, die Austrocknung das Bakterienwachsthum ungünstig beeinflusst u. s. w. Durch das Offenlassen der Wunden selbst scheint eine Infectionsgefahr nicht zu bestehen, wenigstens hat Autor noch nie eine Infection dabei beobachtet.

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft für vaterländ. Cultur, 27. XI. 1903. — Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 59.)

— **Diatomea, ein Heizmittel für den Paquelin'schen Thermokauter** empfiehlt Dr. E. Becker (Städt. Krankenhaus Hildesheim). Dies Mittel*) wird seit einiger Zeit in der Holzbrandtechnik benützt, eine sehr leichte, poröse, braune, klumpige, geruchlose Masse, welche unter dem Mikroskop Diatomeen verschiedenster Art erkennen lässt, unverbrennbar, aber beim Glühen eine weissliche Farbe annehmend. Sie wird in die Benzinflasche des Paquelin'schen Apparates gefüllt und mit soviel Benzin begossen, als aufgesaugt

*) E. Kohm, Karlsruhe. Preis der Dose: Mk. 1.—.

wird. Das darüberstehende Benzin muss abgeschüttet werden, sodass keine Flüssigkeit in der Flasche zurückbleibt. Bei häufigem Gebrauche ist von Zeit zu Zeit etwas Benzin nachzufüllen, aber stets so, dass kein Ueberschuss vorhanden ist. Eine Explosionsgefahr ist so ausgeschlossen, man bemerkt kaum einen Benzingeruch, und man erspart 40—50% Benzin. Die Wirkung beruht offenbar darauf, dass das Benzin infolge der Aufsaugung in die poröse Substanz sehr fein vertheilt wird und seine Gase sich folglich viel inniger mit der atmosphärischen Luft mischen, welche durch das Gebläse eingetrieben wird. Hierdurch wird eine bedeutend höhere Glühhitze und daher auch eine viel vollkommenere Verbrennung erzielt. Die Rauchentwickelung ist viel geringer, wegen der starken Glühhitze kann das Gebläse langsamer und müheloser bedient werden. die dem Glühstift anhaftenden verkohlten Blut- und Gewebsmassen verbrennen in wenigen Secunden vollständig und fallen ab. Autor kann also die dem Mittel nachgerühmten Vorzüge (Sicherheit gegen Explosionsgefahr, stärkeres und gleichmässigeres Glühen des Brenners, rascheres Arbeiten bei geringerer Rauchentwickelung. fast vollständiger Wegfall des Benzingeruchs und bedeutende Benzinersparniss) bestätigen. (Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 48.)

— Ueber **Bereitung von Kefir** lässt sich Med.-Rath Dr. Hecker (Weissenburg i. E.) aus. Kefir ist besonders empfehlenswerth für solche Fälle, wo dem Magen wegen zu geringer Säurebildung etwas Säure, unter gleichzeitiger möglichster Schonung der Magenthätigkeit, zugeführt werden soll, sowie überhaupt für alle die Krankheitszustände, in denen es sich um Darreichung einer möglichst nahrhaften, dabei aber leicht verdaulichen, reizlosen Kost handelt, so bei Phthise, Scrophulose, Chlorose, Gicht, Neurasthenie, Diabetes, Magenerweiterung, Magengeschwür, chron. Magen- und Darmkatarrh, Cholelithiasis, Nierenerkrankungen, Reconvalescenz von erschöpfenden Krankheiten. Wenn man Kefirferment aus sogen. Kefiranstalten, Kefirpastillen u. dergl. benützt, dann stellt sich eine Kefircur sehr theuer, kostet Hunderte von Mark. Aber man kann sich die Sache äusserst billig und einfach machen mit Hülfe von 3 Flaschen und für 50 Pfg. aus der Apotheke geholter Kefirkörner. die genügen, um jede beliebige Menge Kefir herzustellen. Die Hälfte dieser Kefirkörner thut man in eine weisse (Liter-) Flasche, füllt dieselbe mit roher Milch soweit auf, dass ein zweifingerbreiter Raum zum Gähren freibleibt, und ver-

schliesst die Flasche lose mit einem neuen Korke. Am folgenden Tage füllt man die zweite Flasche mit dem Reste der Körner und Milch in gleicher Weise auf. Die (vor directem Sonnenlichte zu schützenden) Flaschen werden im Sommer an einem etwas kühlen Orte aufbewahrt und alle 2—3 Stunden gut durchgeschüttelt. Am dritten Tage wird der Inhalt der ersten Flasche bis auf einen zweifingerbreiten Rest ausgetrunken. Diesen Rest, welcher also die Kefirkörner nebst etwas Kefirmilch enthält, schüttet man nun in die bisher noch leere dritte Flasche und füllt sie, wie oben, auf. Die erste Flasche wird sammt Kork gut gereinigt und ist dann zur weiteren Benützung wieder verwendbar. Auf diese Weise wird die Bereitung von Kefir ununterbrochen fortgesetzt. Nachdem man nun so mehrere Tage die Körner immer von neuem benützt, fischt man sie heraus, reinigt sie mehrfach in abgekochtem Wasser, trocknet sie an der Sonne und hebt sie für etwaigen späteren Gebrauch auf. Man giesst nun immer den Rest des Inhaltes einer Flasche in die leere Flasche und füllt ihn mit Milch auf. Die Fermentation geschieht von jetzt ab genau so erfolgreich, wie bei Anwesenheit der Kefirkörner selbst. Einige Tage alter Kefir selbst ist für den Genuss nicht mehr geeignet, man kann ihn aber selbst nach einer ganzen Reihe von Tagen noch zum erneuten Ansetzen mit Milch benützen. Zum Beweise, dass die so bereitete Kefirmilch ein vorzügliches Getränk liefert, das sich unbegrenzt lange fortpflanzen lässt und jahrelang, ohne Widerwillen zu erregen, genossen werden kann, hat Autor Fälle genug. Einem älteren, durch Influenzapneumonie äusserst geschwächten Herrn verordnete Autor 1892 so bereiteten Kefir. Als er nach Monaten auf längere Zeit in die Schweiz ging, nahm sich Pat. in einem Fläschchen etwas Kefir mit und bereitete sich dort den Kefir weiter. Bei der Rückkehr nahm er wieder eine Flasche von dem Satze mit heim und setzt sich noch jetzt, also nach 11 Jahren, täglich seinen Kefir an, der noch genau so wohlschmeckend ist, wie zu Anfang. Aber selbst wenn man die Cur unterbricht, kann man die getrockneten Körner später von neuem benützen. Eine Pat. hat Autor 1893 Kefir trinken lassen, sie trocknete die Körner nach achttägigem Gebrauche und hob sie gut auf. Jetzt, nach 10 Jahren, sollte Pat. wieder Kefir trinken, und da zeigte es sich, dass jene alten Körner noch voll wirksam waren. Kefir ist nicht nur ein wohlschmeckendes und leicht verdauliches, sondern auch ein hygienisch einwandfreies Nahrungsmittel, da die Kefirorga-

nismen die etwa vorhandenen Bakterien vernichten. Um Erfolg zu erzielen, dazu sind täglich 6—8 Gläser erforderlich, im Durschnitt eine Flasche. Man beginnt allerdings am besten vorsichtig, event. esslöffelweise. Eine besondere Diaet ist nicht nothwendig, nur bei grösseren Mengen Bewegung in frischer Luft zweckmässig. Sehr frischer Kefir wirkt leicht abführend, älterer verstopfend; man benützt daher am besten mittelstarken, also zweitägigen. Bei dem grossen Nährwerthe des Kefirs, der sich so billig herstellen lässt, wäre eine weitere Verbreitung des wohlschmeckenden und hygienisch einwandfreien Getränkes lebhaft zu wünschen. (Therap. Monatshefte 1903 No. 12.)

— **Euguformum solubile** empfiehlt warm Dr. Max Joseph (Berlin). Schon das Euguform (ein Product aus Guajacol und Formaldehyd) in Pulverform hat Autor sehr schätzen gelernt wegen seiner anaesthesirenden, antiseptischen und juckreizmildernden Eigenschaften. Es ist ihm jetzt gelungen, das Mittel in löslichen Zustand zu bringen (als 50 %ige Lösung in Aceton) und so einem weiteren Verwendungsgebiet zugänglich zu machen. Er hat dies Euguform. solubile bereits in über 100 Fällen angewandt bei *Pruritus ani*, *Lichen simplex chronicus* und *Prurigo*, wo es, morgens und abends aufgepinselt, sich vorzüglich bewährte. Auch bei pruriginösen Kindern waren die Resultate hervorragende. Bei *Strophulus infantum* empfiehlt Autor folgende Schüttelmixtur, welche eintrocknet und Verbände überflüssig macht:

Rp. Euguform. solub. 10,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0
S. Gut umgeschüttelt 2—3 mal
tägl. aufzupinseln.

Endlich bewährte sich das Präparat als 20 %ige Salbe bei *Tyloma palmare et plantare*.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 4.)

— **Fucol**, ein neues *Leberthran-Ersatzmittel*, empfiehlt Dr. M. Hackl (Solln). Fucol, von der Firma Töllner (Bremen) hergestellt aus jodhaltigen Algenarten des Meeres, enthält natürliches Jod in Oel, schmeckt angenehm, wird gut vertragen und ist billig (500 g Mk. 2). Autor hat es in 23 Fällen von *Rhachitis* und *Scrophulose* versucht und recht

gute Resultate erzielt; bei sehr hochgradiger Rhachitis gab er Phosphor-Fucol (0,01 : 100,0).

(Aerztl. Rundschau 1904 No. 2.)

— **Ein sterilisirbarer Pulverbläser, verbunden mit einem Zungenspatel** wurde construirt*) von Kinderarzt Dr. Dreher (Düsseldorf), um die Anwendung von antiseptischen oder schmerzstillenden Pulvern bei Erkrankungen oder nach Operationen im Rachenraum bei sehr unruhigen Kindern auch ohne Anwendung von grober Gewalt zu ermöglichen. Er besteht aus einem Zungenspatel von bekannter Form, auf dessen Rücken ein dünnes Metallrohr festgelöthet ist, das an seinem dem Arzt zugewandten Ende eine ampullenartige, fast rechtwinklig nach unten gebogene Erweiterung besitzt. Unter der Erweiterung befindet sich am Griffe eine tellerförmige Verbreiterung des letzteren. In die Ampulle wird ein mit zwei Ventilen und einem kleinen schaufelförmigen Ansatzstück versehener Gummiballon, sobald seine Schaufel mit dem anzuwendenden Medicament versehen ist, so eingeschoben, dass er auf dem Teller einen Widerhalt beim Zusammendrücken findet. Das Instrument wird wie ein Zungenspatel in den Mund gebracht, der Zungengrund hinabgedrängt; es genügt jetzt ein leichter Druck mit dem Daumen der Hand, welche das Instrument hält, um das Medicament genau auf die erkrankte Stelle zu blasen, die andere Hand bleibt frei zur Fixirung des Kopfes. Autor verwendet das Instrument stets bei *Diphtherie* (neben Seruminjection), bei *Scharlachangina*, sonstigen *Anginen*, *Tonsillitis* (es stets mit fein zerriebenem *Natr. sozojodolic.* armirend), ferner nach Operationen (Tonsillotomie), um Anaesthesin, Orthoform und dergl. auf die Wunde zu bringen. Auch flüssige Desinficientien kann man appliciren; wenn man 1—2 Tropfen in die Ampulle oder den Ansatz des Ballons giesst, so wird die Flüssigkeit, durch das Blasen fein zerstäubt, auf die erkrankte Stelle gebracht. Das ganz aus Metall bestehende Instrument kann, nach Wegnahme des Ballons, durch Auskochen sterilisirt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 51.)

---

*) Angefertigt von Hessing, Düsseldorf. Preis: Mk. 8,—.

# Bücherschau.

— Wieder sind eine ganze Anzahl von Lieferungen (87—98) des von Leyden & Klemperer herausgegebenen Werkes **Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts** erschienen (Urban & Schwarzenberg, Wien & Berlin. Preis der Lfg. Mk. 1,60). Wir haben schon so oft die Bedeutung und Vorzüge dieses Buches hervorgehoben, dass wir uns heute damit begnügen, einige der in den genannten Lieferungen enthaltenen Artikel namhaft zu machen. Wir greifen heraus: F. Karewski: Chirurgie der Lunge und Pleura, v. Eiselsberg: Die heutige Behandlung der Knochenbrüche, O. Lassar: Lepra, H. Kronecker: Die Bergkrankheit, M. Litten: Die haemorrhagischen Diathesen, O. Witzel: Chirurgische Hygiene, Aseptik und Antiseptik, F. Hirschfeld: Ueber Verlagerung der Baucheingeweide und des Herzens, C. Moeli: Die Imbecillität, G. Vogel: Die Wendung, ihre Indicationen und ihre Technik, J. Schäffer: Ueber die Betheiligung der Schleimhaut bei den Hautkrankheiten und bei Syphilis, E. Mendel: Die psychiatrische Begutachtung vor Gericht, M. Michaelis: Ueber Endocarditis, A. Buschke: Blastomykose.

— Seine **Grundzüge der Ernährung und Diaetetik** aus dem „Handbuch der Ernährungstherapie" hat v. Leyden, um sie Aerzten und gebildeten Laien besser zugänglich zu machen, in einer besonderen Brochüre erscheinen lassen, die der Verlag (G. Thieme, Leipzig) äusserst splendid ausgestattet hat (Preis: gebd. Mk. 2,—). Die hygienische und prophylaktische Bedeutung der Ernährung bei Gesunden wie bei Kranken, die verschiedenen Ernährungscuren, die Bedeutung der Abmagerung u. s. w. werden hier in ausserordentlich klarer und präciser Weise geschildert, dass auch der Laie Belehrung über das so überaus wichtige Thema erhält und die grosse Bedeutung würdigen lernt, welche einer rationellen Ernährung des gesunden und kranken Menschen zukommt. Wir wünschen daher dem Buche auch in Laienkreisen die weiteste Verbreitung. — In 2. *Auflage* erschien im gleichen Verlage R. Gottschalk's **Gerichtliche Medicin** (Preis: gebd. Mk. 5,50), ein übersichtlich und sehr klar geschriebenes Buch, in dem der Autor unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Entscheidungen des Reichsgerichts und des Reichs-

versicherungsamtes alle Punkte der eigentlichen gerichtlichen Medicin, sowie der Unfallversicherung und der Sachverständigenthätigkeit in Unfallsachen erörtert, sodass man auf jede Frage rasch und bequem Antwort erhält. Das Werkchen ist auch für den Juristen ausserordentlich geeignet, Rath und Belehrung zu ertheilen und dürfte auch in diesen Kreisen wieder freudig begrüsst werden. — Endlich bringt der Thieme'sche Verlag ein grösseres Werk (Preis: Mk. 13,50) des Privatdoc. Dr. A. Bethe: **Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems.** Der Autor hat hier in rühmenswerth fleissiger und gewissenhafter Weise das Resultat seiner Litteraturstudien, sowie eigener zahlreicher Specialuntersuchungen zusammengefasst und ein Werk geschaffen, das Jedem, der Interesse für dies Gebiet der Wissenschaft hat, ein unentbehrlicher Begleiter für alle Stunden sein wird, in denen er sich mit diesem Thema befasst. Den spröden, schwer zu behandelnden Stoff hat der Autor überall in so fesselnder Form bearbeitet, dass die Lecture genussreich bleibt, und zahlreiche Abbildungen im Text sorgen auch dafür, dass schwerer verständliche Dinge dem Auge zugänglicher werden. Das Buch bildet eine Zierde des deutschen medicinischen Büchermarktes.

— **Pathologie und Therapie der Rhachitis** heisst ein Buch von W. Stöltzner, dem 1. Assistenten an der Kinderpoliklinik der kgl. Charité in Berlin. Das sehr gut ausgestattete und mit 3 prächtigen Tafeln versehene Buch (Berlin, S. Karger. Preis: Mk. 4,—) giebt uns ausgezeichnet Auskunft über alle Fragen des betreffenden Krankheitszustandes, der ja sozusagen zum täglichen Brod jedes Praktikers gehört und darum eine eingehende Bekanntschaft mit allen Details erforderlich macht. Dem Verfasser, der über reiche eigene Erfahrungen verfügt und eine ganz ausserordentlich weitgehende Litteratur benützt hat, ist es gelungen, uns in anschaulicher Weise alle in Betracht kommenden Verhältnisse vorzuführen. Seine Ausführungen basiren auf den neuesten Ergebnissen der Forschung, die streng kritisch beleuchtet und den praktischen Zwecken nutzbar gemacht werden. So wird das Buch den Leser vollauf befriedigen. — Im gleichen Verlage erschien G. Mayer's **Ueber die Prognose der Syphilis** (Preis: Mk. 2,—). Das Buch enthält 4 Vorlesungen, die der Autor in ärztlichen Fortbildungscursen in Aachen gehalten hat, und in denen er seine langjährigen und reichen

badeärztlichen Erfahrungen niederlegte. Besprochen werden: die Prognose der Syphilis im Allgemeinen, die specifischen Hirn- und Rückenmarksaffectionen, Paralysis generalis, Tabes, Syphilis des Herzens, des Blutgefässsystems, der Lunge, Leber, Niere, Diabetes und Gicht in ihrem Verhältniss zur Syphilis. Das Buch giebt dem Praktiker vielerlei Anregung und Belehrung und wird gewiss dankbar begrüsst werden.

— E. v. Leyden's **Handbuch der Ernährungstherapie** (Verlag von G. Thieme, Leipzig), das bei seinem ersten Erscheinen mit Recht von der gesammten Kritik und medicinischen Welt auf's freudigste begrüsst und mit Enthusiasmus aufgenommen wurde, erscheint jetzt bereits in *2. Auflage*, die von G. Klemperer bearbeitet worden ist. Vorläufig liegt nur der 1. Band vor, welcher 5 Capitel enthält: „Zur Geschichte der Ernährungstherapie" von J. Petersen, „Physiologie der Nahrung und der Ernährung" von M. Rubner, „Allgemeine Pathologie der Ernährung" von Fr. Müller, „Allgemeine Therapie der Ernährung" von v. Leyden, „Diaetetische Curen" von F. A. Hoffmann. Der Neubearbeiter hat an der allgemeinen Anlage des vortrefflichen Werkes manches geändert, damit dasselbe kürzer und einheitlicher wurde, manche Capitel sind gänzlich neubearbeitet worden. Dass auch sonst die Autoren unter kritischer Berücksichtigung der neuesten Literatur ihre Darstellungen dem neuesten Stand der Wissenschaft angepasst werden, braucht, nachdem wir die Namen der Verfasser genannt, wohl kaum noch besonders hervorgehoben zu werden. Jeder hat sein Bestes gegeben und seinerseits dazu beigetragen, dass das Ganze wie aus einem Gusse geschaffen erscheint, ein Lehrbuch von weitgehendster Bedeutung für den Praktiker, ein Nachschlagewerk ersten Ranges, wie wir wenige besitzen. Da die Diaetetik als Heilfactor immer mehr unter den prakt. Aerzten die verdiente Würdigung erfährt, dürfte das Handbuch bald einem jeden von ihnen unentbehrlich werden.

— **Krankheiten und Ehe,** so betitelt sich ein bei J. F. Lehmann (München) erschienenes, eigenartiges Werk, dessen Autoren, Prof. Senator und Dr. Kaminer, einen sehr glücklichen Gedanken hierbei realisirt haben. Eine „Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft", so lautet der Untertitel des Werkes, fehlte bisher, obwohl die Wichtigkeit des Themas für die tägliche Praxis

jedem klar ist und eine einheitliche Bearbeitung aller dazu gehörigen Capitel eingentlich schon längst hätte geschehen müssen. Nun, freuen wir uns, dass wir jetzt eine derartige Darstellung besitzen, eine Darstellung, welche, wie die 1. Abtheilung, welche vorläufig vorliegt (im Ganzen erscheinen drei Abtheilungen à Mk. 4,—), zeigt, vortrefflich gelungen ist. Der 1. Band, welcher den „Allgemeinen Theil" bringt, enthält sechs Capitel: „Einleitung" von Senator, „Die hygienische Bedeutung der Ehe" von Gruber, „Angeborene und ererbte Krankheiten" von Orth, „Blutsverwandtschaft in der Ehe" von Kraus, „Klima, Rasse und Nationalität in ihrer Bedeutung für die Ehe" von Havelburg, „Sexuelle Hygiene in der Ehe" von Fürbringer. Wie man sieht: lauter hochwichtige Aufsätze, bearbeitet von den berufensten Autoren. Dieselben haben sehr klare und präcise Einzeldarstellungen geliefert, sodass das Buch durchaus den Bedürfnissen des Praktikers entspricht und denselben allenthalben befriedigen wird. Wir sehen dem Erscheinen der folgenden Bände mit grossem Interesse entgegen.

— **Was muss der Arzt vom Krankenversicherungsgesetz wissen?** Die Antwort darauf ertheilt Dr. Wiedemann in einem so betitelten kleinen Büchelchen (Seitz & Schauer, München, Preis: Mk. 1,50), zu dem Prof. Eversbusch ein Vorwort geschrieben, dessen Schluss etwa folgendermaassen lautet: „Das nachfolgende Schriftchen des durch einschlägige literarische Arbeiten bereits auch in weiteren Kreisen vortheilhaft bekannten Verfassers bietet in klarer Darstellung und in gedrängter Kürze alles, was auf diesem Gebiete wissens- und beachtenswerth ist. Das Werkchen stellt einen für den prakt. Arzt unentbehrlichen Commentar zum Krankenversicherungsgesetz dar. Ausgestattet mit einem sorgfältigen Sachregister, das auch über alle bemerkenswerthe Details unterrichtet, wird das Büchlein, das auf sehr eingehenden Quellenstudien beruht, sich als ein Rathgeber erweisen, der für den einzelnen Collegen, wie für die ärztlichen Vereinigungen — insbesondere auch beim Abschlusse von Verträgen mit Krankenkassen — je länger desto mehr die schätzenswerthesten Dienste leisten wird." Wir können diese Kritik voll und ganz unterschreiben.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 7.

Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

April XIII. Jahrgang 1904.

**Actinomykose.** Einen **Fall primärer Hautactinomykose** beschreibt Dr. W. Dreyfus (Pathol. Institut Heidelberg). Es handelt sich um einen 10jähr. Knaben, der, sonst ganz gesund, im 2. Lebensjahre einen Abscess an der linken Brust hatte, der erst nach 1/2 Jahr durch Salben dauernd geheilt wurde. Seit December 1900 trat eine Anschwellung der linken Brust in der Nähe der Mamilla auf. Nach 1/2 jähr. Bestehen brach die Geschwulst zunächst an einer, später auch noch an zwei weiteren Stellen auf, gleichzeitig magerte Pat. ab, war appetitlos, hatte Nachts Schmerzen. Am 11. XI. 1901 wurde er ärztlich untersucht; es fand sich die Haut über der linken Mamma in ca. Handtellergrösse hart infiltrirt, an drei Stellen je eine markstückgrosse Ulceration mit graugelben, schlaffen Granulationen, welche 1/2 cm vorsprangen, bedeckt. Am 13. XI. Excision der ganzen Infiltration. Am 15. III. 1902 Nachuntersuchung; in der alten Narbe neue ähnliche Granulationen. Eine sichere Diagnose konnte der Arzt nicht stellen; er dachte an Hautcarcinom, doch das jugendliche Alter des Pat. machte ihn stutzig. Die excidirte Hautparthie wurde deshalb nach Heidelberg geschickt. Dort wurden überraschenderweise in den nach aussen liegenden Parthieen der Wucherung Actinomycesdrusen entdeckt. Der Infectionsmodus blieb unklar; von einer Laesion, die dem Pilz als Eingangspforte hätte dienen können, war nichts bekannt. Ein Zusammenhang aber mit dem Abscess, den Pat. im 2. Lebensjahre hatte, ist

nicht direct von der Hand zu weisen. Es sind Fälle bekannt, wo erst nach Jahren die Erkrankung einsetzte. Wenn man auch wohl eine um 8 Jahre zurückliegende Infection ausschliessen kann und eine so lange Latenz bedenklich erschiene, so ist doch eine gewisse Disposition, die Schaffung eines Locus minoris resistentiae an jener Stelle durch den Abscess nicht zu leugnen. Der Knabe soll oft bei der Erntearbeit mit geholfen haben, wodurch immerhin später die Infection erfolgt sein könnte. Anatomisch stellte sich die Affection als ulcero-fungöser Typus dar. Diagnostisch theilte der Fall zunächst das Schicksal aller primären Hautactinomykosen; es hatte sich nie Secret entleert, das den Nachweis des Actinomyces ermöglicht hätte. Es fehlte hier, wie meist bei A., Lymphdrüsenschwellung, und das sprach von vornherein ebenfalls gegen Carcinom. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 52.)

— **A. oder Osteomyelitis des Oberschenkels?** so musste sich Prof. E. v. Bergmann längere Zeit fragen bei einem Falle, der ihm unter dem Bilde einer typischen Osteomyelitis entgegentrat und erst später richtig als A. gedeutet werden konnte. Ein kräftiger 29 jähr. Gutsverwalter trat am 3. VII. 1903 in die Klinik ein. Sonst stets gesund, will er nur 1898, als er als Officiersbursche die Pferde zu besorgen hatte, im Stalle gegen seine linke Kniegegend einen Hufschlag erhalten haben, sodass dort zwei Wunden entstanden. Diese wollten nicht heilen, sondern wurden grösser, die Umgebung schwoll an, endlich schlossen sie sich, während die Gegend geschwollen blieb, und zwar so stark, dass das Bein kaum bis zum rechten Winkel gebeugt werden konnte. Im Laufe der Zeit zog sich die Schwellung an der Innenfläche des Oberschenkels hinauf. Erst später wurde sie schmerzhaft. Im December 1902 schwoll unter lebhaften Schmerzen der untere Abschnitt des linken Oberschenkels stärker an, desgleichen die Kniegegend. Jetzt consultirte Pat. einen Arzt, der einen wässerigen Erguss im Kniegelenk feststellte. Obgleich eine Besserung bis April 1903 nicht eintrat, nahm Pat. doch eine Verwalterstelle an. Aber Schmerzen und Schwellung nahmen jetzt zu, und vor 14 Tagen röthete sich die Haut an der Innenseite des Oberschenkels fleckförmig. Untersuchungsbefund: Cylindrische Form der ziemlich gleichmässig geschwollenen unteren Hälfte des linken Oberschenkels. Die normalen Conturen des Kniegelenkes verstrichen. Ziemlich scharf unter der Patella,

die aufgehoben ist und Ballotement zeigt, hört die Schwellung auf. Nach oben begrenzt sie sich etwas unterhalb der Mitte des Oberschenkels, wo sie fühlbar steil gegen die gesunde Muskulatur abfällt. Die Schwellung umgiebt fast gleichmässig den Knochen. Haut über dem Knie, wo die von der Verwundung herrührenden weissen Narben liegen, unverfärbt, ebenso am grössten Theil der den Oberschenkel einnehmenden Geschwulst. Zahlreiche erweiterte Venen im Gebiete der Saphena, und ebendaselbst zieht sich vom Knie an der Innenseite des Oberschenkels eine 3—4 Finger breite Röthung hinauf. An dieser gerötheten Parthie, die sonst überall verschiebbare Haut nicht faltbar, ebendaselbst deutliche Fluctuation. Beweglichkeit im Knie fast ganz aufgehoben. Spannen sich die Streckmuskeln, so ist ihre Contraction auf der geschwollenen Parthie fühlbar; die Schwellung liegt also unterhalb der Muskulatur. In der linken Leistenbeuge drei stark geschwollene Lymphdrüsen. Kein Fieber. Gewiss gleicht dies Bild dem einer Osteomyelitis, deckt sich aber doch nicht mit ihm. Als Pat. erkrankte, stand er im 24. Lebensjahr, hatte also die Altersgrenze für eine Osteomyelitis bereits überschritten. Die Affection fing absolut nicht acut an. Und gesetzt, der gewöhnliche Anfang wäre ein ausnahmsweise chronischer gewesen, so bliebe die späte Entwickelung des Abscesses erst im 5. Jahre doch auffallend. Dazu das relativ gute Befinden des Pat. noch im 4. und gar im Beginne des 5. Krankheitsjahres und die fast fieberlose Entwickelung der Fluctuation. Die Untersuchung hat einen Erguss im Knie festgestellt, ein häufiges Vorkommniss in der 2. bis 4. Woche der Osteomyelitis, aber eine Seltenheit in ihrem chronischen (Nekrosen)-Stadium. Dazu war dieser Erguss bei dem ruhigen Verhalten in der Klinik deutlich zurückgegangen. Was lag aber sonst vor? Ein erweichtes periostales Sarkom? Ein solches wächst in die Muskulatur hinein und durchwächst sie bei 5 jährigem Bestande. Hier aber hob sich beim activen Streckungs- und Beugungsversuche das Muskelfleisch von der unterliegenden Geschwulst ab, war jedenfalls deutlich am Quadriceps, im Biceps und Semitendinosus zu ertasten. Die durchweg glatte Oberfläche entsprach noch mehr einer chronisch-entzündlichen Anschwellung, als den Knollen eines peripheren Knochen- oder parostalen Weichtheil-Sarkoms. Etwas besonderes hatte die Anamnese gebracht. Eine klaffende, eiternde Wunde, durch Einbohren eines Hufeisenstollens in die Haut, langsame Heilung bei schmierigem

Belage des Wundgrundes. Noch vor Vollendung der Heilung Schwellung zunächst dicht an der Wunde, dann im Laufe von Jahren stetige Ausbreitung, im 5. Jahre Empfindlichkeit, Röthung, endlich Fluctuation. Das liess an A. denken. Wie leicht konnte ein von Pilzen besetzter Strohhalm, der am Hufeisen klebte, in die Hautwunde getrieben sein! Incision der gerötheten Parthie bis auf die Fascie. Gallertige Granulationsmasse, auch unter der Fascie, zwischen und unter den Muskeln bis an den Knochen reichend. In den ausgekratzten schwammigen Granulationen zahlreiche gelbe Körner, die sich mikroskopisch als Drusen mit Strahlen erweisen! Hier und da auch etwas Eiter, aus welchem Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet werden konnte. Ausfüllung der grossen Höhle mit Jodoformgaze. Heilung, aber bald neuer Abscess in der Narbe. Wieder Actinomycesdrusen. Nochmalige ergiebige Spaltung und Auskratzung am 25. VIII. Am 24. IX. musste nochmals eine Incision und Auskratzung erfolgen, worauf die Heilung eine definitive war. Pat. konnte Mitte October gut gehen und später sein Bein im Knie bis zum rechten Winkel beugen. Bemerkenswerth waren auch die Drüsenschwellungen, die bald nach der ersten Operation schwanden. A. soll keine Lymphadenitiden hervorrufen. Dieser Fall beweist nichts dagegen, da sich hier mit der A. eine Staphylokokken-Eiterung verband.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

**Anaesthesie, Narkose.** **Neuerungen für die Chloroformnarkose.** 1. *Neue Chloroformmaske mit Tropfflasche* von Dr. A. Oppenheim (Berlin). Die elliptische Maske hat einen leicht zu wechselnden Ueberzug und ist mit einem kleinen Gestell verbunden, welches zur Aufnahme der Chloroformflasche dient. Da die Flasche in jede beliebige Stellung gebracht werden kann, sodass mehr oder weniger Chloroform herausläuft, und da ferner ein der Tropfbarkeit des Chloroforms angemessenes Ansatzstück vorhanden ist, so kann man ohne Schwierigkeit das automatische Heraussträufeln des Chloroforms in bestimmter Tropfengrösse erreichen. Bei einiger Uebung kann man mit der einen Hand Maske, Flasche und Kiefer versorgen, während die andere den Puls überwacht. 2. *Neue Chloroform-Tropftube*, besteht aus einer braunen Glasflasche in Tubenform mit Capillarröhrenhals und Metallschraubenverschluss (zum Schutz gegen Verdunsten), sodass man in der Lage ist, Chloroform in zählbaren Tropfen schneller

oder langsamer, je nach Neigung der Tube, ausfliessen zu lassen. Zum Schutze der Glastuben dient eine vernickelte Metallbüchse. Beide Neuerungen stellt das Medicinische Waarenhaus in Berlin her. Preis der Maske Mk. 8.50. Preis der Tuben einschliesslich Füllung mit Chloroform. puriss. Ph. Germ. IV bei 30 g Inhalt Mk. 0.85, bei 60 g Inhalt Mk. 1.10, bei 100 g Inhalt Mk. 1.35. Neufüllungen: bei 30 g Mk. 0.45, bei 60 g Mk. 0.70, bei 100 g Mk. 0.85. Preis der Metallbüchsen Mk. 0.60—0.75—1.00.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904 No. 1.)

— Eine **Handfessel zur bequemen Uebersicht und Ausführung von Narkosen** construirte Dr. M. v. Holst (Carola-Krankenhaus Dresden). Sie besteht aus Armbändern aus weichem Filz, die mittelst zweckmässig eingerichteter Riemen am Kopfende des Tisches, im Tischbrett befestigt werden können, sodass die Hände und Arme des Pat. in bequemer Lage, aber ziemlich unbeweglich über seinem Kopfe nach hinten zu übergeschlagen ruhen, dem Narkotiseur zugewandt, der die Pulse aufs bequemste controliren kann, ohne irgendwie in Collision mit dem Operationsterrain zu kommen. Der Apparat*) hat sich als ausserordentlich praktisch bewährt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— **Anaesthesin** hat Dr. Hönigschmied (Weistrach) zu den verschiedensten therapeutischen Zwecken mit grossem Vortheil benützt. So in der Chirurgie überall da, wo *Aetzungen* nothwendig waren, oder vor der *Vereinigung klaffender Wunden*, oder bei Kindern und sehr empfindlichen Pat. auch ohne besondere Nothwendigkeit auf die Wunde mittelst Pinsels aufstreuend, die staubförmige Schicht 10 Minuten lang einwirken lassend und dann erst die nöthigen Eingriffe vornehmend. Aetzungen mit Arg. nitr. und Kauterisationen mit dem Paquelin konnten vollkommen schmerzlos vorgenommen werden. Desgleichen die Naht der Wundränder, wenn dem Mittel Zeit gelassen wurde, seine Wirksamkeit zu entfalten. Bei vorhandenen Schmerzen lässt nach Anwendung des Anaesthesins der Schmerz nach 1—2 Minuten schon nach; aber die tieferen Schichten sind noch nicht genügend anaesthesirt, weshalb Eingriffe da noch nicht zu unternehmen sind. Nach 10—15 Minuten aber kann man schon Tiefätzungen vornehmen. Bei

*) Knoke & Dressler, Dresden.

schmerzhaften *Hauterkrankungen* und Geschwüren nimmt man zweckmässig vor Application von Heilmitteln, die ja oft recht brennen, eine leichte Bestäubung mit Anaesthesin vor. Bei *Hautjucken* genügt Einreibung oder Gazeverband mit folgender Salbe:

Rp. Anaesthesin. Ritsert 10,0
Vaselin. alb. 20,0
Alapurin. 70,0

Intern hat Autor das Mittel zur Schmerzstillung bei *Diphtherie* benützt. Wenn sich die gangraenösen Schorfe abstossen, ist der Schmerz an der Geschwürsfläche oft so heftig, dass jede Nahrungsaufnahme verweigert wird. Die Kinder werden vom Schmerz befreit, wenn man ihnen Anaesthesin 1,0 : 100,0 Mixtur. oleos., alle 2 Stunden einen Kinderlöffel, giebt. Bei den verschiedenen Formen von *Stomatitis, Aphthen, Soor* giebt man den Kindern mit Vortheil auch folgende Pinselordination, wenn man nicht einfach mit Anaesthesin einstäuben will:

Rp. Ol. amygd. dulc.
Spir. vin. rectif.
Muc. Gumm. arab. aa 15,0
M. f. emulsio. Adde
Anaesthesin. 1,0
Syr. simpl. 15,0

Hierauf kann man sehr gut die nöthigen Heilmittel schmerzlos appliciren. Bei *Laryngitis tuberculosa* thut Anaesthesin, intern genommen, oder insufflirt resp. eingepinselt, ebenfalls gute Dienste. Bei *Ulcus ventriculi, Carcinoma ventriculi, Hyperaesthesia ventriculi* giebt man 3—4 mal täglich 0,2—0,5 als Pulver allein oder mit Rad. rhei, Bismuth. subnitr., Alkalien; bei gleichzeitiger Darmträgheit bewährte sich:

Rp. Anaesthesin. 3,6
Pulv. rad. rhei
Bismuth. subnitr. aa 0,5
Sacch. lact. 2,0
Divid. in dos. XII.
S. 3—4 mal tägl. ein Pulver.

Endlich wirkte bei ulcerirtem *Carcinoma mammae* und *uteri* Anaesthesin als Streupulver oder Salbe (s. oben) gleich schmerzstillend.

(Die Heilkunde, Februar 1904.)

**Arthritis urica.** Ueber das **Wesen der A. und ihre Behandlung** lässt sich San.-R. Dr. Falkenstein (Gross-Lichterfelde) aus, besonders auf Beobachtungen fussend, die er durch viele Jahre hindurch bei sich selbst gemacht hat. Er ist zunächst allmählich zu der Ueberzeugung gelangt, dass *der Ursprung der Erkrankung bei der A. im Magen zu suchen* sei, dass es sich um ein Leiden der Salzsäure absondernden Fundusdrüsen handelt. Wenn die Säure dem Magensaft fehlt, so müssen sowohl durch mangelhafte Verdauung, als durch die im Blute zurückbleibenden Stoffe, welche sonst zur Erzeugung der Salzsäure dienen, pathologische Zustände für den Körper geschaffen werden. Während der Gesunde durch Absonderung immer neuer Salzsäuremengen im Magen auch ein Uebermaass von Nahrung (z. B. bei einem Gelage) verarbeiten und zu Harnstoff verbrennen kann, tritt beim Arthritiker abnorme Gährung, mangelhafte Oxydation auf, und aus der bei Gelagen ganz besonders nucleïnreichen Nahrung wird Harnsäure theils durch verhinderte weitere Spaltung, theils durch Synthese aus den Purinbasen im Uebermaasse entwickelt, der Arthritiker hat am nächsten Tage seinen Anfall. Seit über 2 Jahren hat nun Autor täglich, ohne jemals zu pausiren, *40—60 Tropfen reiner Salzsäure*, also 3—5 g, in $CO_2$ Wasser (während der Mahlzeiten vertheilt in 1—2 grossen Gläsern Fürstenbrunnen) genommen und dabei selbst üppige Mahlzeiten wie andere Menschen vertragen; die früher vorhandene Dyspepsie ist völlig geschwunden, die Anfälle geben sich nur in milden zeitweiligen Schmerzen kund, und Autor hat eine Frische wieder erlangt, die ihm bei einer 23 jährigen Leidenszeit fremd geworden war. Auch bei einer Reihe von Pat. sah er den günstigsten Einfluss der Salzsäure und das Schwinden der dyspeptischen und gichtischen Symptome; nie war er genöthigt die Säure auszusetzen, wenn sie nicht auf leeren Magen, sondern nur mit Nahrung zugleich genommen wurde. Autor nimmt an, dass die Salzsäure nicht allein die richtige Verarbeitung der eiweisshaltigen Nahrung bewirkt, indem sie dadurch die Ausbildung der Harnsäure hindert, sondern sie scheint eine Verbindung mit dieser einzugehen, welche sie besser harnfähig macht und dadurch leichter zur Ausscheidung bringt. Dafür, dass die Salzsäure im Stande ist, Urate in einen lösbaren Zustand zu bringen, hat Autor mehrfache Beweise. So die Beobachtung eines Pat., der, chronischer Arthritiker, andauernd grosse Mengen Nierensand und grössere Concre-

mente mit dem Harn ausschied; nach längerem Gebrauch der Salzsäure fiel es ihm auf, dass, während früher die Concremente hart waren, er sie jetzt „wie Butter" zwischen den Fingern verreiben konnte. Vielleicht wäre daher die Säure auch bei Lithiasis, Arteriosklerosis, Arthritis deformans von Nutzen! Zum weiteren Beweise dafür, dass fehlerhafte Erzeugung der Salzsäure Harnsäurebildung und dadurch mannigfache Leiden bedingt, Zufuhr derselben dieselben bessert, geht Autor auf eine Reihe dieser Leiden ein. So wird der schlechte Geschmack im Munde, über den alle Gichtkranken klagen, und der brennende Durst durch die Salzsäure völlig zum Schwinden gebracht. Auch der Zustand der Zähne wird gesünder. Es wird auf diesen viel zu wenig geachtet, es könnte allein daraus manchmal schon früh der Beginn der A. erkannt werden. Guyot steht auf demselben Standpunkt, dass die A. die Entwickelung einer Alveolarperiostitis begünstige, die zu einem Lockerwerden und Ausfallen gesunder Zähne führt. Ebenso Ebstein. Die Harnsäure setzt ihren zerstörenden Hebel hier schon sehr bald an, indem sie durch die Bildung von reichlichem Zahnstein die Zähne lockert, das Zahnfleisch entzündet, zum Zurückweichen bringt, den Zahnhals freilegt und dadurch furchtbare Schmerzen hervorruft. Auch der gichtisch entzündliche Zustand des Rachens und Kehlkopfs bleibt oft lange unerkannt. Die Scharlachröthe der Zunge und der ganzen sichtbaren Schleimhäute mit der zähen weissen Schleimabsonderung ist eine Folge des Harnsäurereizes. Auch die feinsten Bronchiolen können so in einen Reizzustand versetzt werden: der Schleim ist von solcher Zähflüssigkeit, dass langdauernde Hustenanfälle resultiren. Diese Erscheinungen, die jahrelang bei einem Pat. in excessiver Höhe bestanden hatten und keinem Mittel gewichen waren, sah Autor nach längerem Gebrauch der Salzsäure sich auffallend bessern. Ganz besonders häufig wird das Nervensystem durch Umspülung mit dem mit Harnsäure überfüllten Blut in Mitleidenschaft gezogen. Verstimmung, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Neurasthenie etc. entstehen, Schwindel, Neuralgieen, Jucken treten oft in heftigster Weise auf, als Folge von Harnsäureablagerungen im Neurilemm, resp. in den Hirnhäuten. Auch schwerere Formen von Herzneurose kommen vor, offenbar durch Anwesenheit von Harnsäure im Herzmuskel. Wenn es nun gelingt, alles dies durch Salzsäure zu bessern, so wird man wohl letztere als umstimmendes Mittel anerkennen müssen und nie versäumen, bei A. dem Magen

Salzsäure in grösseren Mengen zuzuführen. Der Pat. muss sich natürlich daneben Mässigkeit in der Diaet und im Alkoholgenuss zur Pflicht machen, er wird namentlich nucleïnhaltige Nahrung (Thymus, Leber etc.) vermeiden und Zucker nicht geniessen.

(Berliner med. Gesellschaft, 6. I. 1904. — Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 3.)

— **Aspirin** hat Rudolph nicht nur bei Rheumatismen die besten Resultate erzielt (in schweren acuten Fällen sind allerdings bis 4 g pro die nöthig), sondern auch bei A. leistete das Mittel Vorzügliches. Er hat in den letzten 3 Jahren acute Gichtanfälle nur mit Aspirin behandelt und erinnert sich nicht, früher jemals durch ein anderes Mittel so prompte Wirkung erzielt zu haben. Auch bei den chronischen Formen von A. ist Aspirin von grossem Nutzen. Wie wenig giftig es dabei ist, zeigte der Fall eines Pat., der bei einem Gichtanfall in 24 Stunden 20 Tabletten à 0,5 g ohne den geringsten Schaden nahm. Ein Pat. mit schwerer chronischer A. nimmt seit Monaten jeden Morgen 3 Tabletten à 0,5 auf einmal, sonst kann er nicht gehen; er hat nie eine unangenehme Nebenwirkung verspürt. Werden die Tabletten nicht gut vertragen, wird über Druck in der Magengegend geklagt, so handelt es sich meist um Störungen der Magensaftsecretion bei Anaemischen oder Hysterischen, und man kann durch einige Tropfen Salzsäure, die man zugleich mit dem Aspirin giebt, sofort Wandel schaffen. Es giebt nur wenige Contraindicationen; Senilität, zu jugendliches Alter bieten kein Hinderniss, Herzkranke, Nephritiker vertragen es ausgezeichnet, ebenso solche, die gegen Salicyl grosse Intoleranz zeigten. Dagegen ist es zu meiden bei Phthise, wo Collapszustände unter heftigem Schweissausbruch vorkommen, und auch bei Schwangeren und Säuglingen ist Vorsicht geboten.

(Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg 22. X. 1903. — Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 3).

**Arznei-Exantheme.** Ueber ein **Aspirin-Exanthem** berichtet Dr. Karcher. Es trat bei einer Frau auf, nachdem diese während mehrerer Tage wegen einer exsudativen Pleuritis täglich 2—3 g Aspirin genommen hatte. Der Ausschlag ähnelte am 1. Tage einer haemorrhagischen Variola, indem auf dem ganzen Körper zerstreut, aber in grösseren Gruppen gedrängt an den Beugeseiten der Extremitäten (auch Handteller und Fusssohlen), in den Inguinalbeugen harte Papeln

und mit haemorrhagischem Inhalte gefüllte Blasen von der Grösse und dem Aussehen von ausgebildeten Variolapusteln, allerdings ohne centrale Delle, auftraten. Die Uniformität dieses Ausschlages wurde gestört durch eine Gruppe von theils wasserklaren, theils haemorrhagischen kleinen Herpesbläschen, die wie ein Herpes zoster von der linken Achselhöhle gegen die Brust zog. An den darauffolgenden Tagen verbreiteten sie sich und confluirten einzelne Eruptionen, sodass speciell auf dem Abdomen, an Handtellern und Fusssohlen 5 Centimesstück bis 1 Frankstück grosse haemorrhagische Infiltrationen sich bildeten. Das Zahnfleisch blieb frei, Urin ohne Eiweiss. Unter Talc. rasche Heilung. Die bisher veröffentlichten Fälle von Aspirin-Exanthem waren nach kleinen Dosen schon wenige Stunden nach dem Einnehmen aufgetreten und boten das Bild einer diffusen erythematösen Dermatitis dar. Im vorliegenden Falle erschien erst nach mehrtägigem Gebrauch des Mittels der Ausschlag, bei dem der haemorragische Charakter der Salicylexantheme in den Vordergrund trat.

(Medicin. Gesellschaft zu Basel. — Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1903 Nr. 24).

— Ein **Salipyrin-Exanthem** sah Dr. Dittmar (Leipzig) bei einer 28jährigen Pat., welche gegen Kopfschmerz bei acutem Schnupfen 1 g Salipyrin genommen hatte. Bereits nach $^1/_4$ Stunde flohstichartige Quaddeln zunächst an der Innenseite der Oberschenkel, rapid sich vermehrend und schliesslich zu flachhandgrossen Flächen zusammenfliessend. Befallen wurde nacheinander der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes, Halses, oberen Rückens, der Hände und Füsse. Aeusserst qualvoller Juckreiz. Schon nach 1 Stunde des Bestehens begannen die Quadeln sich abzuflachen und allmählich zu verschwinden; etwa nach 4 Stunden keine neuen Eruptionen mehr. Während der ganzen Zeit Uebelkeit mit Brechneigung, starke Abgeschlagenheit, kleiner Puls (120). (Die Medicin. Woche 1903 Nr. 52.)

**Asthma.** Mit **Aristochin** hat Dr. K. Dresler (Kiel) in 3 Fällen von A. bronchiale einen beachtenswerthen, in einem Falle einen geradezu überraschenden Erfolg erzielt. Hier, wo seit 3 Jahren die quälendsten Athemnothsanfälle täglich auftraten und die Pat. die verschiedensten Medicamente ohne Erfolg angewandt hatte, verschwanden die Anfälle nach 6wöchentlichem Einnehmen von 3mal täglich 0,4 g Aristochin vollständig. Das Mittel zeigte aber stets

daneben auch eine allgemein beruhigende Wirkung auf das Nervensystem und auf die Herzthätigkeit. Als einzige unangenehme Nebenwirkungen traten zeitweise schnell vorübergehendes Hautjucken und leichtes Ohrensausen auf. Das völlig geschmacklose Mittel wurde gern genommen.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1903.)

**Combustio.** Die **Behandlung der C. mit Xeroform-Trockenverbänden** empfiehlt auf Grund 5jähr. Erfahrungen im bosn.-herz. Landesspital in Sarajevo Dr. M. Sattler. Diese Methode hat sich bei Verbrennungen II. und III. Grades sehr bewährt, sodass jetzt nur noch nach dieser behandelt wird. Kommt eine C. in Behandlung, so werden die noch uneröffneten Blasen an ihrer tiefsten Stelle mit der Scheere geöffnet, die geplatzten Blasen abgetragen, ebenso die herabhängenden oder zusammengerollten Epidermisfetzen. Darauf Abwischen mit trockenen Tupfern, Reinigung der Umgebung der Wunden. Nunmehr wird jede Wunde mit einer dicken Lage von Xeroform und hierauf mit Puder dick bestreut, darauf kommt eine Lage steriler Gaze und endlich wird durch eine Schicht Watte die Wunde mittelst eines Bindenverbandes abgeschlossen. Der Verband bleibt 4—6 Tage liegen und wird dann *im Bade* gewechselt. Bei Verbrennungen III. Grades ist die Behandlung die gleiche. 100 bisher so behandelte Fälle zeigen die Vorzüglichkeit dieser Methode. Vor allem bemerkenswerth ist die rasche schmerzstillende Wirkung. Diese macht sich auch bei Verbrennungen III. Grades stets geltend. Unter Xeroform geht auch die Abstossung der Schorfe in kurzer Zeit vor sich, die Granulationen wuchern kräftig, die Epithelisirung geht sehr rasch von statten, die Natur des Vernarbungsprocesses wird in günstigem Sinne beeinflusst, die Narben sind fest und zeigen keine Tendenz zur Retraction. Nie war eine Infection zu verzeichnen. Xeroform erwies sich ferner als ungiftig und reizlos.

(VIII. Congress der Deutschen Dermatolog. Gesellschaft. — Wiener med. Presse 1903 Nr. 48).

— **Xeroform** bei Brandwunden empfiehlt ferner sehr Dr. J. Peer (Wien). Zum 1. Male hatte derselbe Gelegenheit, die Wirkung des Mittels zu sehen bei einem Heizer, der durch Platzen eines Dampfrohres eine Verbrühung des ganzen linken Armes davongetragen hatte. Die Wundfläche wurde dick mit Xeroform bestreut, darüber kam, um das Ankleben des Verbandmaterials zu verhindern, auf Gaze gestrichene

Zinksalbe. Der Erfolg war ein geradezu überraschender. Als nach 3 Tagen der Verband abgenommen wurde, was dank der Zinksalbe schmerzlos geschah, war bereits der grösste Theil der Wundfläche von Epithel bedeckt, und nach 8 Tagen konnte Pat. nahezu geheilt entlassen werden. Xeroform zeigt eminent epithelbildende Kraft, wirkt dabei äusserst schmerzstillend, austrocknend und antiseptisch, bewirkt ideale Narben und ist dabei vollkommen ungiftig. Seit jenem Erfolge hat Autor vielfach *Xeroform in Verbindung mit dem Zinksalbenverband* mit gleich schönem Effect bei C. angewandt. (Aerztl. Central-Ztg. 1904 Nr. 5).

**Cystitis.** **Helmitol** hat Dr. A. Schütze (Berlin) als vorzügliches Harndesinficiens schätzen gelernt. Es leistete hervorragende Dienste bei jenen Formen der chronischen C., wie sie der Cystopyelitis bei *Prostatahypertrophie*, der ammoniakalischen Harnzersetzung bei hochgradiger *Strictur* und bei der *C. calculosa*, sowie bei allen Formen der *Katheter-Cystitis* resp. nach chirurgischen Operationen in der Blase entsprechen, endlich auch bei *Bakteriurie*. Autor gab das Mittel in Dosen von 1 g 3 mal täglich (am billigsten und einfachsten verschreibt man die ½ g Tabletten in Originalpackung, Bayer & Co., wobei 20 Stück nur 1 Mk. kosten). Sehr gute Resultate sah Autor auch von Helmitolwaschungen der Blase in 1—2 %iger Lösung an Stelle der Borsäurespülungen. Ein vortrefflicher Erfolg wurde auch erzielt in einem Falle von *Papilloma vesicae* mit schwerer eitriger Cystopyelitis und häufigen *Blasenblutungen*. Pat. gebraucht seit 3 Monaten Helmitol mit dem Erfolge, dass das Mittel, bei Eintritt einer der mindestens alle 2 Wochen unterlaufenden, heftigen Blasenblutungen ohne jede andere Medication dargereicht, schon nach 3—4 Dosen à 1 g die Blutung prompt und dauernd unterdrückt. Die desinficirende Kraft des Helmitol bekundete sich in rascher Aufhellung des Harns, beträchtlicher Verminderung des Eitergehalts und Beseitigung des ammoniakalischen Harngeruchs. (Wiener med. Presse 1904 Nr. 2).

— Die **Behandlung der ammoniakalischen C. mit intravesicalen Jodoforminjectionen** empfiehlt Dr. Alb. Freudenberg (Berlin). Während Höllenstein die Blasenschleimhaut modificirt, modificirt Jodoform den Urin selbst und wirkt deshalb ausgezeichnet bei mit Zersetzung des Urins einhergehender C., ist am wirksamsten bei ausgesprochen ammoniakalischer C. Häufig sieht man hier schon nach *einer*

oder ganz wenigen Injectionen die zähschleimigen Massen sich vermindern und bald ganz verschwinden, der ammoniakalische Geruch verliert sich, die häufig sehr hochgradigen Schmerzen und der übermässige Harndrang werden geringer, und bei cystoskopischer Untersuchung constatirt man, dass die jetzt nicht mehr durch den Ammoniakgehalt des Urins gereizte Blasenschleimhaut wesentlich weniger hyperaemisch ist; an die Stelle der ammoniakalischen ist die normale saure Reaction getreten, und bald ist jetzt die Blase der gewöhnlichen Behandlung der sauren C., z. B. mit Höllenstein, zugänglich, der sie vorher widerstand. Die Aenderung der ammoniakalischen Reaction in eine saure tritt nach den Jodoforminjectionen so sicher ein, dass im Falle eines Misserfolges in dieser Beziehung man fast sicher das Bestehen einer Complication diagnosticiren kann, sei es einen Fremdkörper in der Blase, Divertikel, in die das Jodoform nicht dringen kann u. s. w. Einfache Prostatahypertrophie, selbst mit completer Urinretention, ist dagegen für gewöhnlich kein Hinderniss für die Wirkung des Jodoforms, im Gegentheil sieht man hier sogar meist überraschende Erfolge. Leider wirken andere Mittel nicht wie das Jodoform, dessen Giftigkeit bei nicht genügender Vorsicht leicht genug zu Tage tritt. Autor injicirt jetzt jedesmal 0,3 und zwar für gewöhnlich nur alle 2 Tage oder noch seltener; das genügt auch in der Mehrzahl der Fälle. Er benützt die gewöhnliche 10%ige Jodoform-Suspension in Glycerin. Davon misst er nach starkem Schütteln der Flasche ca. 3 ccm ab, zieht dies in eine Spritze, in die er dann noch 30—40 ccm einer reizlosen Flüssigkeit, z. B. Borsäurelösung, nachzieht, da unverdünntes Glycerin zu sehr die Blasenschleimhaut reizen würde. Diese Mischung wird unter *leichtem* Schütteln der Spritze durch den in die Blase eingeführten Katheter eingespritzt und in der Blase gelassen, die natürlich event. vorher durch Ausspülung gereinigt worden war. Man nehme aber, um eine gleichmässige Suspension zu bekommen, sehr fein gepulvertes, leichtes Jodoform, z. B. die Riedel-sche Marke: Jodoform. puriss. pulverisat. levissimum. Wegen der Gefahr einer Intoxication höre man mit den Injectionen auf, wenn der üble Geruch des Urins verschwunden und die Reaction dauernd sauer geworden ist, oder wenn sich irgendwelche Zeichen beginnender Intoxication (unruhiger Schlaf, Hallucinationen etc.) zeigen.

**(Congress der Association franç. d'Urologie in Paris, 22. X. 1902. — Deutsche medic. Presse 1903 No. 21.)**

**Gonorrhoe.** Die **ambulante Behandlung der Bubonen,** wie sie im Gefolge einer G. oder eines weichen Schankers auftreten, wurde in den letzten Jahren in der v. Bergmann'schen Klinik, wie Ph. Bockenheimer mittheilt, so ausgeführt, dass mit einer Punctionsspritze durch die noch nicht entzündlich infiltrirte Haut (nicht in bereits entzündete, da sonst leicht eine Fistel ensteht) eingestochen und der Eiter abgesaugt, alsdann 2—3 ccm folgender Lösung injicirt wurde:

Rp. Hydrarg. benz.
Natr. chlorat. āā 2,0
Aqu. dest. ad 200,0

Der Einstich muss oberhalb des Bubo liegen (ventralwärts), damit die injicirte Flüssigkeit nicht abläuft. 2—3 Injectionen in Zwischenräumen von 8 Tagen führten meist zur Heilung. Natürlich handelt es sich nur um Bubonen, die keine sehr grosse Ausdehnung hatten, und bei denen das Allgemeinbefinden nicht gestört war.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 1.)

— Ueber **Arthritis gonorrhoica und Trauma** urtheilt Dr. R. Grünbaum (Institut f. Mechanotherapie in Wien) auf Grund eigener und fremder Erfahrungen folgendermaassen: Die traumatische Aetiologie der Arthritis gonorrhoica ist nicht a priori von der Hand zu weisen. Bedingung für eine solche Annahme ist, dass der specielle Fall eine Reihe von besonderen Merkmalen aufweist, die nur in der Einwirkung des erlittenen Unfalls ihre befriedigende Erklärung finden, so die besondere Localisation, das frühzeitige Auftreten der Gelenkerkrankung, das primäre Auftreten an dem vom Unfalle betroffenen Gelenk, ein geringes Zeitinterwall zwischen Trauma und Erkrankung, während welchem das betroffene Gelenk nicht mehr zur Norm zurückgekehrt war, sowie das Beschränktbleiben des gonorrhoischen Krankheitsprocesses auf die vom Unfall betroffenen Gelenke. Wenn alle oder die meisten dieser Bedingungen erfüllt sind, dann wird die Frage des Zusammenhanges zwischen einer gonorrhoischen Gelenkserkrankung und dem erlittenen Trauma mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit im bejahenden Sinne beantwortet werden können. (Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904 No. 1.)

— Ueber den **diagnostischen Werth des Wasserstoffsuperoxyd bei Fluor und Fluor-Verdacht** lässt sich Dr. Hedinger (Angermünde) aus. Das officinelle $H_2O_2$ ist nicht nur ein

vortreffliches therapeutisches Mittel bei dem ja meist auf G. beruhenden Fluor, sondern es ist auch zu diagnostischen Zwecken sehr geeignet. Man entfernt den oft festhaftenden Schleim von Vulva und Vagina mittelst Abtupfen durch Wattebäusche, welche man zu ungefähr gleichen Theilen mit dem officinellen $H_2O_2$ und Seifenspiritus übergossen hat. Wischt man nun Vulva und Vagina sorgfältig mit in $H_2O_2$ getränkten Wattebäuschen ab, so erscheinen alle erkrankten Stellen weiss. Die Schmerzhaftigkeit geht schnell vorüber; bei schwerer Erkrankung kann man mit einer Menthol- oder Cocainsalbe den Schmerz rasch beseitigen. Die gesunde Schleimhaut empfindet beim Tupfen fast nichts, sie wird nicht weiss. Durch das Tupfen kann man also leicht Sitz und Umfang der Erkrankung feststellen und danach die Therapie einrichten. An der Portio wird die Weissfärbung von besonderer Bedeutung; hier ist so der beginnende Cervixkatarrh erwiesen und damit der Weg für die Therapie gewiesen. Gerade beginnenden Fluor kann man durch die Tupfung schön erkennen und die Unterleibsschmerzen, welche sich meist eher einstellen, ehe von den Pat. über „Fluss" geklagt wird, beseitigen.

**(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 5.)**

— **Ichthargan** hat Dr. A. Kronfeld (Wien) als sehr wirksames Antigonorrhoicum schätzen gelernt. Er wandte es nicht per injectionem an, wie er überhaupt die Injectionstherapie, durch die nur Geübtere sich Nutzen schaffen können, fast ganz verlassen hat, sondern er liess jeden Tag auf 5 bis 10 Minuten ein mit 0,02 % Ichthargan-Gelatine überzogenes Drainröhrchen einführen. Bei chronischer G. macht Autor Janet'sche Spülungen mit 0,02 % Ichtharganlösung mittelst des gut functionirenden Vaughetti'schen Apparates; auch diese Therapie hat sich gut bewährt.

**(Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)**

**Helminthiasis.** Ueber **mehrfaches Vorkommen der Taenia saginata** berichtet Dr. Riehl (Kissingen). Die Taenia saginata kommt fast immer allein vor. Autors Patientin beherbergte zwei Exemplare. Das 1. ging nach Einnahme von 8 g Extr. filic. (Helfenberg) prompt ab. Aber bald zeigten sich neue Glieder, sodass am 8. Tage nochmals 4 g gegeben wurden, worauf das 2. Exemplar abging, und zwar nach ½ Stunde. Mit Rücksicht darauf und auf den Umstand, dass nach dem 1. Einnehmen des Bandwurmmittels genügend Ricinus gegeben wurde, kann man nur annehmen,

dass die erste Dosis nicht genügt habe, beide Taenienköpfe von der Darmwand loszureissen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 52.)

— **Eine Taenia cucumerina (s. elliptica) bei einem 6 Monate alten Kinde** fand Dr. G. Sonnenschein (Olmütz). Bei dem bisher nur mit Kuhmilch ernährten Kinde waren Glieder abgegangen. Der Wunsch des Vaters, sowie die Möglichkeit, dass später mal Störungen eintreten könnten, veranlasste Autor, die Abtreibungscur vorzunehmen. Zunächst wurde, um neuerliche Ansteckung zu verhindern, der Stubenhund, offenbar der Ueberträger, weggeschafft. Abends vorher liess Autor als Vorbereitungscur dem Kinde in 3stündlichen Pausen 2mal je ein Klystier mit Aq. font. 250,0, Aq. laxat. Viennens. 50 g appliciren und als Nahrung nur mit einer schwachen Theeabkochung sehr stark verdünnte Milch reichen. Als Medicament wurde mit dem Magenschlauch eingegossen ein kaltes Infus von Cort. pun. Granat.

Rp. Cort. punic. Granat. 30,0
Aq. dest. 200,0
Macera per hor. 48, deinde decanta.

Da das Kind trotzdem nach 10 Minuten mehr als die Hälfte davon erbrach, wurde noch 1 g Extr. filic. mar. (Merck) mit Himbeersyrup langsam innerhalb 1/4 Stunde verabfolgt. Nach 1 1/2 Stunden wurde ein mit Aq. lax. Viennens. versetztes Wasserklystier applicirt, worauf nach 2 Stunden ausgiebiger Stuhl erfolgte, in welchem sich 4 Taenien mit Kopf befanden. Das Kind blieb wohl und dauernd von Würmern befreit.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 52.)

— **Eine Taenia cucumerina bei einem 6 Wochen alten Kinde** fand Dr. O. Köhl (Naila). Erster Abgang von Gliedern am 40. Lebenstage, und dann jeden 2.—3. Tag. Die Glieder waren in frischem Zustande schwach rosaroth, in älterem weisslichgrau. Unter dem Mikroskop bei schwacher Vergrösserung fielen hauptsächlich die reichlichen kleinen gelben Körnchen auf, die sich bei stärkerer als Cocons, Zusammenlagerungen einer Anzahl von Eiern, entpuppten. Da ein Hund nicht gehalten wurde, musste die Hauskatze als Infectionsquelle angesehen werden, von der jedenfalls beim Besuche des Milchtopfes ein Parasit in die Milch gelangte. Da die Mutter das Kind 17 Tage stillte und bereits am 40. Tage Glieder abgingen, kann die Zeit, welche

die Taenie bis zur Entwickelung reifer Glieder brauchte, höchstens 3 Wochen betragen. Das Kind bekam 2mal je 5 Pulver à 1 g Kamala im Laufe je eines Tages, aber ohne Erfolg; erst als nochmals 1 g zusammen mit 0,015 g Calomel gegeben wurde, ging die Taenie ab, in ihrer ganzen Structur so verändert, dass man annehmen muss, sie sei schon durch die ersten Kamalagaben abgetödtet worden, aber, da ein abführendes Mittel fehlte, im Darm liegen geblieben und hier durch die Verdauungssäfte verändert worden. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 4.)

— **Zur Casuistik des Bothriocephalus latus im Kindesalter** betitelt sich ein Aufsatz von Privatdoc. Dr. B. Bendix (Berlin). Bothriocephalus latus kommt bei Kindern ausserordentlich selten vor, in Berlin auch bei Erwachsenen nur vereinzelt. Autor beobachtete nun diese Taenie bei einem 4½jährigen Mädchen aus Berlin. Dasselbe wurde von der Mutter gebracht, zugleich mit einem 1 m langen Stück Taenie, das Tags zuvor abgegangen war; dies Stück bildete ein zusammenhängendes Ganze, eine Gliederkette, deren Glieder sich fest aneinanderschlossen. Es handelte sich, wie die nähere Untersuchung zeigte, um Bothriocephalus latus. Das Kind bot ausser mässiger Anaemie nichts Krankhaftes dar, ist auch bisher stets gesund gewesen; nur im Anschluss an den Abgang des Wurmes hat sich jetzt Durchfall und Erbrechen eingestellt. Diese Symptome hielten auch 5 Tage an, in welcher Zeit nichts mehr von dem Wurm abging. Autor gab nunmehr 6 g Extr. filic. mar. („Tritol“ Helfenberg). Durchfall und Erbrechen sistirten ganz, Appetit stellte sich wieder ein, aber vom Wurm zeigte sich nichts. 14 Tage war das Kind dann durchaus wohl. Darauf gab Autor noch einmal die gleiche Dosis des Bandwurmmittels, aber ebenso erfolglos. Auf Grund auch der weiteren Beobachtung kann Autor nur annehmen, dass mit dem 1 m langen Stück der Rest des ganzen Wurmes abgegangen war, der Kopf aber unbeachtet mit den folgenden Entleerungen eliminirt wurde. Vielleicht war auch der ganze Parasit nur 1 m lang, vielleicht wird er bei Kindern gar nicht so lang, wie bei Erwachsenen, wo er ja gewöhnlich 6—7 m Länge hat. Auf welche Weise das Kind den Wurm acquirirte, liess sich nicht feststellen; es hatte Berlin nie verlassen, aber öfters Fische, auch Lachs, zu essen bekommen. Blutuntersuchungen ergaben nur leichte Anaemie; schwere Schädigungen hatte hier also der Parasit nicht bewirkt. Jedenfalls aber wird man auch im

Kindesalter gut daran thun, bei Anaemie und ähnlichen Zuständen denselben als Gelegenheitsursache nicht ausser Betracht zu lassen. (Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 Nr. 5.)

— Ein von Jungclaussen in Hamburg dargestelltes **Extract aus Kürbiskernen** wurde in letzter Zeit in Prof. Ganghofner's Kinderklinik (Prag), wie Dr. G. v. Ritter von dort mittheilt, mit gutem Erfolg bei Bandwurmcuren benützt. Das Präparat ist ein reiner Auszug der vollständig entfetteten und enteiweissten, sowie von Magnesiumphosphat befreiten Kürbiskerne, ohne jeden Zusatz, ohne jede schädliche Substanz; es stellt eine dickliche, schwarzbraune Masse von nicht unangenehmem Geschmacke dar. Es wurden damit 17 Fälle behandelt, und zwar 16 Fälle von Taenia solium, 1 Fall von Taenia mediocanellata; 2 betrafen Erwachsene, 15 Kinder von 14 Monaten bis 9 Jahren. 3mal zeigte das Mittel gar keinen Erfolg, 3mal gelang die Abtreibung erst bei Vornahme einer 2. Cur, bei den übrigen Pat. gelang die Cur beim erstenmal und verlief ohne Störungen und ohne Nachwirkung, indem der Wurm nach 5—10 Stunden abging. Das Mittel wurde stets gut genommen und vertragen, machte absolut keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Nachdem Pat. den Abend vorher ein Klysma oder 2 Baby-Purgenpastillen bekommen und zu Abend nur Suppe oder etwas Kaffee erhalten, wurde das Mittel am nächsten Morgen in einer Tasse Thee verabreicht, zur Belohnung dann 1—2 wohlschmeckende Purgen-Pastillen à 0,2 gegeben. 2 Stunden nach dem Einnehmen wurde Ricinusöl gereicht, und sobald nach 4 Stunden noch kein Stuhl erfolgt, ein Klysma gegeben, event. mehrmals wiederholt; überhaupt darf man mit Darmirrigationen nicht sparen, da event. sie erst den Scolex herausbefördern. Das Präparat erwies sich als ungiftig und wirksam, ist aber leider theuer. (Prager med. Wochenschrift 1904 No. 5)

**Hysterie.** Einen Fall **von hysterischem Bauchmuskelkrampf,** einen höchst seltenen Typus hysterischer Krampfformen, beobachtete Dr. H. Arnheim in Prof. Goldscheider's Abtheilung im Krankenhause Moabit. Es handelte sich um einen Unfallkranken, einen 49jähr. Arbeiter, der vor 2½ Jahren von einem hoch mit Heu beladenen Wagen herabgefallen und auf die Steinplatten einer Ufermauer aufgeschlagen war. Er wurde bewusstlos und kam erst mehrere Stunden später im Krankenhause zu sich, wo mehrere Knochenbrüche und eine Gehirnerschütterung con-

statirt wurden. Nach seiner Entlassung (nach 19 Wochen) war Pat. verschiedentlich in ärztlicher Behandlung. Er versuchte immer wieder zu arbeiten, musste die Arbeit aber immer wieder seiner Beschwerden wegen einstellen. Er klagt jetzt über dumpfen Druck im Kopf, Schwindelgefühl, namentlich bei längerer Fixirung eines Gegenstandes oder beim Bücken über Angstgefühl und grosse Körperschwäche. Er hat ein unangenehmes Gefühl im Leib und Hals, als ob ihm eine Kugel vom Leibe nach dem Halse rolle. Er ist sehr empfindlich gegen Hitze und will schon mehrmals, längere Zeit den heissen Sonnenstrahlen ausgesetzt, ohnmächtig zusammengebrochen sein. Pat. ist ein grosser, starker Mann mit leidendem, etwas ängstlichem Gesichtsausdruck. Am Körper mehrere Narben und Gelenkverdickungen. Organe der Brusthöhle normal, ebenso Herzaction und Athmung, die Organe der Bauchhöhle, der Harn, Pupillen, Gesichtsfeld, Sensibilität, Reflexe, Geschmack, Geruch. Zittern der herausgestreckten Zunge und der gespreizten Finger. Gemüthsstimmung deprimirt. Schon nach leichten Arbeiten (an Zander-Apparaten) erhebliche und langandauernde Pulsbeschleunigung, bei grösseren tritt heftiger Kopfschmerz und Schwindel, auch Zittern des Kopfes ein, das dann die Hände und schliesslich den ganzen Körper erfasst. Dies auch beim Fixiren eines Gegenstandes, wobei auch Doppelbilder auftreten; bei Augenschluss Romberg'sches Phaenomen stark ausgesprochen. Die Empfindlichkeit des Pat. gegen Hitze beobachtete Autor an einem heissen Tage selbst. Als Pat. da mit anderen Pat. auf einer Bank in der Sonne sass, wurde er plötzlich ohnmächtig, erwachte erst nach einiger Zeit, wobei er heftig stöhnte und über ein „rollendes und drückendes Gefühl im Leibe" klagte. Es machte sich nun zunächst ein Zittern und Wogen der Bauchmuskeln bemerkbar; dieses ging in krampfhafte, rhythmische Contractionen über, wodurch der Leib so tief eingezogen wurde, dass ein Plätschern des Mageninhalts zu hören war. Fast ausschliesslich waren die Mm. recti betroffen, welche sich in ihrer ganzen Länge deutlich markirten und die Einschnürung des Leibes bewirkten. Eine active Mitbetheiligung des Zwerchfells schien nicht zu bestehen, letzteres schien passiv mit nach oben gedrängt zu werden. Die Anzahl der Contractionen war sehr verschieden, beim Beginn und beim Abklingen des Anfalls erfolgten etwa 10—20, auf der Höhe des Anfalls 60—80 in der Minute. Sobald die Aufmerksamkeit durch Fragen oder dergl. in Anspruch genommen wurde, hörten die

Zuckungen sofort auf, um bald wieder zu beginnen, sobald Pat. sich selbst überlassen blieb. Puls und Athmung dabei beschleunigt, Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper herabgesetzt. Mechanische Reize und auch schon die einfache Beobachtung verstärkten den Krampf. Dieser Zustand währte ca. ½ Stunde; am nächsten Tage trat er ohne erkennbare äussere Ursache nochmals in leichterer Form und kürzerer Dauer auf. Vor jener Ohnmacht will Pat. das Gefühl gehabt haben, als wenn sich eine heisse Decke ihm auf den Kopf senke, dann sei ihm plötzlich dunkel vor den Augen geworden; als er zur Besinnung kam, habe er heftige Leibschmerzen verspürt und das quälende Gefühl, als „rolle ihm eine Kugel vom Magen in den Hals und könne nicht heraus", und während des Anfalls war es ihm, als ob ihm „der Leib auseinander gerissen wurde". Offenbar lag hier eine sogen. *traumatische Neurose* vor, eine Mischung neurasthenischer und hysterischer Symptome; hysterisch waren sicher das Globusgefühl und der Bauchmuskelkrampf. Simulation erscheint ausgeschlossen, wenn man die äusserst seltene und ungewöhnliche Form der Contractionen in Erwägung zieht; ausserdem war der im Krankenhaus beobachtete Anfall der erste. Autor sah den Pat. 1½ Jahre später wieder. Er wurde auf Veranlassung des Schiedsgerichts in's Krankenhaus geschickt, da er infolge angeblicher Verschlimmerung seines Zustandes auf Erhöhung der Rente klagte. Der Bauchkrampf sei nach der vorigen Entlassung nur zeitweise aufgetreten, im Laufe der Zeit aber häufiger geworden, und jetzt stelle es sich täglich, oft mehrmals, ein und gestatte ihm selbst nicht leichte Beschäftigung. Die Beobachtung erwies die Richtigkeit dieser Angaben. Während seines mehrtägigen Aufenthalts im Krankenhause traten die Krämpfe täglich auf, an manchen Tagen hörten sie eigentlich gar nicht auf; es wechselten leichte, wellenförmige Zuckungen mit schwersten Attaquen ab, bei welchen die Bauchwand vehement nach innen gerissen wurde, infolge des ruckweisen Emporschleuderns des Zwerchfells die Athmung stossweise erfolgte, sodass das Sprechen unmöglich war, die Pulsfrequenz bis 144 betrug. Auf eine Erklärung dieser Krämpfe lässt sich Autor nicht ein, doch scheint ein Zusammenhang zwischen dem Globusgefühl obzuwalten und die Zuckungen Reflexbewegungen zu sein, um jenes Gefühl abzuschwächen, d. h. die Kugel aus dem Leib herauszudrücken. Unter dem Einfluss des verminderten Hemmungsvermögens führte dieser Vorgang bei der zunehmenden Intensität des Reizes

schliesslich zu den fast ununterbrochenen klonischen Contractionen.

(Monatsschrift für Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 12.)

— **Einen Fall von traumatischer H. mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens** demonstrirt Prof. A. Westphal (Psychiatr. Klinik Greifswald). Ein 33jähr. Gepäckwagenwärter erlebte am 5. X. 1902 einen Eisenbahnunfall mit. Bei einem Zusammenstoss fielen ihm Gepäckstücke auf den Rücken, er verlor für kurze Zeit das Bewusstsein, konnte aber dann weiter mitfahren, ohne besondere Störungen zu bemerken. Sehr bald jedoch fühlte er sich zittrig, oft sehr abgespannt, litt zeitweise an plötzlich in ihm aufsteigenden „unheimlichen Gefühlen". Trotzdem that er seinen Dienst weiter. Am 2. IX. 1903 sagte er zu seiner Frau, nun sei das Eisenbahnunglück gerade ein Jahr her (Erinnerungstäuschung!) und sprach viel von dem Unglück. Nachts fing er an verwirrt zu sprechen, glaubte auf der Bahn zu fahren. Da dieser Zustand andauerte, wurde er am 4. IX. in die Klinik gebracht. Er machte einen deliriösen Eindruck, gesticulirte und sprach vor sich hin über Bahndinge, machte einen schwerbesinnlichen Eindruck. Die Antworten fielen durch ihre anscheinend gesuchte Unsinnigkeit auf, z. B. Rechnen? „Ja, rechnen kann ich, 3×7=15, 3×10=13." Wie heisst der Kaiser? „Hm, ich muss erst nachdenken, Budde heisst er." Wie alt sind Sie? „17 Jahre." Er war örtlich wie zeitlich völlig unorientirt. Dieser Zustand dauerte nur 2 Tage. Am 6. IX. war Pat. plötzlich völlig frei, gut orientirt, rechnete und schrieb fliessend, um jedoch nach wenigen Stunden wieder in seinen deliriösen Zustand zurückzufallen. Das Symptom des Vorbeiredens war seitdem nicht mehr deutlich zu constatiren. In den folgenden Tagen wechselten die Verwirrungszustände mit freien Intervallen ab. Die deliriösen Zustände setzten plötzlich, anfallsweise ein. Pat. warf sich dann im Bette hin und her, vergrub den Kopf in die Kissen, glaubte den Eisenbahnunfall noch einmal zu erleben, erklärte z. B. dem Zugpersonal die Bremsvorrichtungen, hielt den Arzt für den Bahnmeister u. s. w. Man sieht ihm an, wie er sich förmlich quält, der sich ihm aufdrängenden Vorstellungen Herr zu werden. Die Erinnerung an diese deliriösen Zustände war gewöhnlich erloschen, mitunter partiell erhalten. So berichtete Pat. von den während der Anfälle ihn ängstigenden Sinnestäuschungen, „er höre ein Geräusch,

als wenn der Dampfregulator aufgezogen würde, höre das Rasseln der Räder und sehe die Schenkel in den Lagern sich bewegen.“ Wenn der Anfall beginne, „dann finge es an zu zittern, als ob sich der Zug in Bewegung setze.“ Zwischen den einzelnen Anfällen zeigte Pat. ein völlig geordnetes Benehmen, war freundlich, klagte aber über Kopfdruck, Angstempfindungen, gegen die er nach Möglichkeit anzukämpfen suche. Seit dem 8. IX. waren keine Anfälle mehr aufgetreten, Pat. erholte sich zusehends und konnte am 1. X. entlassen werden. Er arbeitet jetzt wieder 10 Stunden am Tage in einer Werkstatt als Bahnschlosser. Von körperlichen Erscheinungen waren und sind noch eine auffallende Hyperaesthesie für alle sensiblen Reize, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit, sehr deutliche Dermographie mit Quaddelbildung und leichter Tremor der Hände nachweisbar. — Diese Beobachtung stellt einen typischen Fall von traumatischer H. vor, der durch eigenartige deliriöse Verwirrtheits- oder Dämmerzustände ein bestimmtes Gepräge erhielt. Der Inhalt der traumhaften Verwirrtheitszustände ward ausschliesslich von einem affectbetonten Ereigniss aus der Vergangenheit gebildet. Um diese Hauptvorstellung herum gruppirten sich während der Dämmerzustände die Ereignisse und traten in ähnlicher Weise immer wieder in den Vordergrund der Delirien, denselben eine ganz bestimmte Färbung verleihend. Zwischen dem Inhalt der Delirien und dem Vorstellungskreis in den Intervallen bestand ein enger Zusammenhang. Pat. hatte in seinen freien Zeiten unter ängstlichen, sich ihm oft zwangsartig aufdrängenden Vorstellungen, die mit dem Unfall in Zusammenhang standen, zu leiden und versuchte gegen diese Empfindungen anzukämpfen. Bemerkenswerth ist, dass sich die psychischen Störungen erst so lange Zeit nach dem Unfall, an dem vermeintlichen Jahrestag des letzteren entwickelten, der offenbar die schreckhaften Ereignisse mit besonderer Lebhaftigkeit ins Gedächtniss zurückgerufen hatte. Das Symptom des Vorbeiredens, d. h. der gesucht unsinnigen Antworten bei den einfachsten Fragen, obwohl deren Sinn von dem Pat. annähernd erfasst war, ist unzweifelhaft auf Bewusstseinstrübung zurückzuführen. Simulation ist bestimmt auszuschliessen; für solche war auch gar kein Grund vorhanden, da Pat. keinerlei Ansprüche geltend machte und jetzt fleissig weiter arbeitet. Für die Genese hysterischer Zustände ist der Fall von besonderem Interesse; er zeigt, wie bestimmte affective Erregungszustände oder

Vorstellungen Ausgang und Mittelpunkt von hysterischen Erscheinungen werden können.

(Greifswalder med. Verein, 17. XI. 1903. — Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 1.)

**Obstipatio.** Bemerkungen über das neue Abführmittel **Phenolphthalein** macht Dr. O. Dornblüth (Frankfurt a. M.). Das Mittel ist in weiten Kreisen durch die Reclame für das „Purgen“ bekannt geworden, die an und für sich verwerflich ist, weil nicht ganz gleichgültige Mittel zum Abführen in der Hand von Laien gefährlich werden können. Das kann natürlich nicht hindern, den Werth des Phenolphthaleins als Abführmittel anzuerkennen. Für die Unschädlichkeit desselben sprechen tausende von Beobachtungen, die Autor im Laufe eines Jahres angestellt hat. Niemals, auch nicht bei den zartesten und empfindlichsten Kranken, sah er eine Andeutung von Nebenwirkungen. Er ging allerdings nie über eine Gabe von 0,2 g 1 mal täglich hinaus, während das „Purgen für Bettlägerige“ 0,5 pro Tablette enthält. In vielen Fällen von O. genügte es, Abends vor dem Schlafengehen 0,05 g in Pillen- oder Tablettenform zu geben, die Wirkung erfolgte nach 11—13 Stunden. Andere Pat. brauchen 0,1 g, nur ausnahmsweise ist 0,2 g erforderlich. Die Entleerung des gewöhnlich weichen Stuhles erfolgte stets ohne Schmerzen und ohne fühlbare Unruhe im Leibe. Ein besonderer Vortheil ist es, dass meist die Entleerung des nächsten und oft auch die des 3. Tages etwas angeregt wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 52.)

— **Exodin,** ein neues Abführmittel, empfiehlt Prof. W. Ebstein (Göttingen). Das von der chemischen Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) in Berlin hergestellte Mittel ist ein Oxyanthrachinonderivat, ein gelbes, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver, das man am besten in Tablettenform (à 0,5 g) giebt. Letztere sollen aber nicht heruntergeschluckt, sondern erst in Wasser, wo sie leicht zerfallen, aufgeschwemmt und so genommen werden. Bei Kindern genügt eine Tablette, bei Erwachsenen in der Regel zwei (event. drei) Stück, um nach 8—10—12 Stunden schmerz- und beschwerdelos einen oder mehrere breiige Stühle zu erzeugen. Autor wendet das Mittel seit über 1 Jahre an und war mit ihm sehr zufrieden; der Effect ist ein prompter, ohne dass eine Belästigung des Magens oder sonst irgendwie eine unangenehme Nebenwirkung

eintritt, sodass man das Präparat ruhig auch in jeder Zeit der Schwangerschaft ordiniren kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 1.)

**Otitis.** **Thigenol** hat Dr. E. Urbantschitsch mit recht befriedigendem Erfolge angewandt bei *Otitis media purulenta acuta et chronica*, bei *O. externa*, bei *Ekzem der Ohrmuschel*, sowie in je einem Falle von *Pruritus* und von *cholesteatomatöser Mittelohreiterung*. Er benützte folgende Recepte:

1. Rp. Thigenol. „Roche" 2,0—4,0
Glycerin.
Aq. dest. āā 10,0
S. 3stündl. 10 Tropfen für
5—10 Minuten ins Ohr zu giessen.

2. Rp. Thigenol. „Roche" 5,0
Hydrogen. hyperox. (Merck) 10,0—20,0
Spir. vin. rectif. 20,0—10,0
S. Täglich 3—4 mal für 10 Minuten
ins Ohr (voll) zu giessen.

3. Rp. Thigenol. „Roche" 5,0
Spir. vin. rectif. 20,0
Aq. dest. 10,0
S. Wie Rp. 2.

4. Rp. Thigenol. „Roche" 3,0—4,0
Lanolin.
Vaselin. āā 10,0
S. Mehrmals täglich gut einzureiben.

5. Rp. Thigenol. „Roche" 1,0
Acid. boric. 9,0
M. f. pulv. subtil. pulv.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1903 No. 11.)

**Pleuritis.** Ueber **die Bülau'sche Heberdrainage bei Empyemen** macht Prof. Fr. Schultze (Bonn) Mittheilung. Derselbe hat schon früher diese Methode warm empfohlen und kann diese Empfehlung durchaus aufrecht erhalten. Besonders hat sich in den letzten Jahren die Heberdrainage bei den metapneumonischen und sonstigen aus inneren Ursachen entstandenen *einfachen Empyemen der Kinder* als sehr zweckmässig erwiesen. Bei 5 Kindern 3—7 Jahre alt, mit derartigen zum Theil recht ausgedehnten und nicht immer

ganz frischen Empyemen heilten die Eiterungen in 7—40, im Durchschnitt etwa 28 Tagen vollständig aus. Auch bei jungen Erwachsenen waren die Ergebnisse günstig. So heilte ein Empyem bei einem 19jährigen Pat. völlig aus, nachdem die Heberdrainage 18 Tage gelegen hatte. Anders bei Erwachsenen, die zugleich an Tuberculose litten, oder bei denen das Empyem schon lange bestand, bei denen somit überhaupt eine besondere Heilungstendenz nicht obwaltete. Hier hatte aber meist auch die spätere Rippenresection oder auch Thoracotomie keinen Erfolg. Autor hatte den Eindruck, dass es wesentlich von der Grundursache abhängt, ob Heilung durch irgend eine Operationsmethode gelingt oder nicht. Bleibt die Entzündung der Pleura weiter activ und ist zugleich die Lunge nicht mehr ausdehnungsfähig, so erhält man auf jede Weise Misserfolge. Dabei ist Autor durchaus der Meinung, dass man bei alten Empyemen entweder sogleich mit der Rippenresection beginnen soll oder wenigstens dann, wenn nach Anlegung der Aspirationsdrainage der Ausfluss stockt und die Eiterung nicht aufhören will. Aber auch von dieser vorläufigen Aspirationsdrainage sieht er gern ab, falls nicht zu grosse Angst vor einer grösseren Operation seitens des Pat. oder ein doppelseitiges Empyem vorliegt, wenn nur der Operateur keine allgemeine Narkose, sondern die örtliche Infiltrationsanaesthesie anwendet, da die Narkose nur zu leicht den Exitus letalis herbeiführen kann. Bei frischen Empyemen aber und besonders bei denjenigen der Kinder sieht Autor keinen Grund ein, die einfache, ebenso rasch zum Ziele führende Bülau'sche Drainage nicht anzuwenden, zumal die Nachbehandlung auch nach einer Rippenresection keinesfalls eine weniger sorgfältige sein darf und für gewöhnlich auch nach der Heberdrainage sich sehr wohl in der Privatpraxis durchführen lässt. Jedenfalls empfiehlt sich die Bülau'sche Drainage schon durch ihre Gefahrlosigkeit; Autor sah bei ihr nie Herzschwäche oder Collaps oder sonstige Unannehmlichkeiten eintreten.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1904.)

— **Jodkalidermosapol-Inunction bei exsudativer P.** empfiehlt Dr. B. Rohden (Lippspringe). Man reibt täglich Morgens und Abends 1 Theelöffel in die erkrankte Seite, nachdem man vorher mit Franzbranntwein abgewaschen, ein, dabei stärkere Massage vermeidend und mit den Parthieen abwechselnd, also einmal mehr die seitlichen, einmal mehr die hinteren Stellen der Brust benützend (zur Unterstützung

kann man ab und zu auch in andere Körperregionen einreiben). Nach der abendlichen Einreibung legt man zweckmässig einen Inunctumschlag an. Selbst in beginnenden Fällen von suppurativer P. hat Autor mit dieser Behandlung schöne Erfolge gehabt, und er beschreibt einen sehr schweren Fall suppurativer P., wo, nachdem die Operation verweigert, ebenfalls Heilung erzielt wurde. Manchmal kann man abwechselnd auch *Ichthyolsalicyl- (Valenta-) Dermosapol* einreiben, und in der Reconvalescenz tragen intern verabfolgte *Valenta-Ichthyolsalicyl-Resorptionspillen* (1 bis 3 Stück 3mal täglich) wesentlich zur schleunigen Resorption der restirenden Exsudatmassen bei.

(Aerztl. Rundschau 1904 No. 7.)

**Rheumatismen.** Ueber **Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica** lässt sich Doc. Dr. Baumgarten (Budapest) aus. Bei Gelenkrheumatismus kann auch das Cricoarytaenoidalgelenk erkranken. Tritt der Rheumatismus in diesem Gelenke isolirt auf, dann ist allerdings die Diagnose sehr schwer, da das Krankheitsbild dem der beginnenden acuten Perichondritis sehr ähnlich ist. Charakteristisch ist nur das schnelle Auftreten und die rasche Rückbildung, doch lässt sich der rheumatische Charakter der Arthritis als sicher nur dann feststellen, wenn gleichzeitig, vorher oder nachher, noch andere Gelenke afficirt werden. Auch in einem Falle des Autors, den er beschreibt, konnte die Diagnose nur durch zufällige andere Symptome festgestellt werden. Die Affection ist selten, doch sind einige Fälle bereits publicirt worden. Die Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica verläuft acut oder subacut. In ersterem Falle ist immer Fieber vorhanden, bei subacutem Verlaufe kann das Fieber ganz fehlen, wie es auch in Baumgarten's Fall geschah. Die Arthritis kann nur im Kehlkopf allein bestehen (wobei nicht ausgeschlossen ist, dass nachträglich noch in anderen Gelenken solche auftritt), sie tritt hier zuerst auf, und andere Gelenke folgen nach, sie tritt hier und in anderen Gelenken zugleich auf, sie befällt erst andere Gelenke und dann den Kehlkopf. Die acuten Fälle waren alle beiderseitig; es war hier neben den charakteristischen Symptomen noch Dyspnoe vorhanden. Die subacuten Fälle waren fast alle einseitig. Die Symptome waren Heiserkeit, Schmerzen beim Sprechen, Schlingbeschwerden, Schwellung der hinteren Kehlkopfwand und der ganzen Umgebung des Aryknorpels, besonders an seiner Basis, Schwellung auch der

aryepiglottischen Falte an ihrem unteren Antheile. Die Entzündungserscheinungen vergehen ebenso rasch wie sie entstehen, jedoch die behinderte Beweglichkeit besteht noch längere Zeit. Tracheotomie wurde bisher noch nie gemacht, aber sie könnte nöthig werden. Auch Ankylose des Gelenkes kann zurückbleiben. Dass auch *Arthritis gonorrhoica* der Cricoarytaenoidalgelenke vorkommt, dafür steht dem Autor ebenfalls eine eigene Beobachtung zur Verfügung. Es trat hier erst im Kehlkopfe, dann erst im Kniegelenke die Entzündung auf. Dass erst der Kehlkopf afficirt wurde, kam wohl daher, dass der Pat., ein Mediciner vor dem Examen, seit Wochen täglich viele Stunden laut gelernt hatte. (Wiener medic. Wochenschrift 1903 No. 42.)

— Einen **Fall von acutem polyarticulärem Gelenkrheumatismus gleichzeitig mit acuter Gonorrhoe** beobachtete Dr. E. Kerner (Wiener Allgem. Krankenhaus). Das durch 10 Tage anhaltende Fieber (38,5—39°) zeigte keinen sonderlichen Einfluss auf die Urethritis, nur dass in dieser Zeit der Ausfluss spärlicher wurde, um aber sofort nach der Entfieberung in früherer Stärke sich wieder einzustellen. Gegen gonorrhoische Arthritis sprachen der Zeitpunkt der Infection (der Rheumatismus entwickelte sich im acutestem Stadium der Gonorrhoe), der Mangel jeglichen nachweisbaren Ergusses, die Multiplicität, das rasche Ueberspringen, Verschwinden und Wiederauftreten der Schmerzen in den befallenen Gelenken, die prompte und vollständige Heilung. Allerdings hatten Salicylpräparate keinen ersichtlichen Erfolg; aber dies allein kann die Diagnose nicht umstimmen. Einpinselung mit Jodtinctur und Burow-Priessnitz nützten am meisten.

(Wiener klin. therap. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— **Salicyltherapie und Nieren** war das Thema eines Vortrages von Dr. Th. Brugsch (Altonaer Krankenhaus). Nach Lüthje versetzt jede Salicyltherapie, wie man sie anzuwenden pflegt, die Nieren in einen Zustand entzündlicher Reizung. Um sich davon zu überzeugen, ob dies den Thatsachen entspricht, wurde nun die Salicylwirkung auf die Nieren durch über 300 Urinuntersuchungen genau verfolgt. Meist wurde den Pat. gegen ihre Rh. *Aspirin* oder *Natr. salicyl.* per os verordnet, aber auch extern das *Mesotan* angewandt (in ca. 60 Fällen), mit dem zum Theil recht gute Erfolge erzielt wurden, speciell bei den Attaquen des subacuten und chronischen Gelenkrheumatismus, ferner

bei Muskel- und Fascienrheumatismen; Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet, wohl weil das Präparat bei zarter Haut nicht benützt und auch sonst nur mit dem Pinsel aufgetragen, nicht eingerieben wurde. Was nun die Beziehungen der Salicyltherapie auf die Nieren anbelangt, so will Autor aus seinen Untersuchungen keine bindenden Schlüsse ableiten, da Individualisiren stets das Hauptprincip bleibt. Aber er glaubt wenigstens die Grenze festgestellt zu haben, innerhalb derer der Arzt freie Hand hat, und da fasst er seine Erfahrungen folgendermaassen zusammen: Für chronische und subacute Fälle von Gelenkrheumatismus kann man, sofern man nicht Mesotan anwenden will, unbeschadet bei Männern bis 3 g, bei Frauen bis 2 g Natr. salicyl. oder Aspirin geben. Treten Exacerbationen ein, so steigere man die Tagesdosis 2malig auf 5 g, gebe aber in den nächsten Tagen wieder 3 resp. 2 g. Mehrere Tage hintereinander Dosen von 5 g zu geben, ist nicht rathsam, gleichfalls zu widerrathen sind grosse Einzeldosen (4—6 g), da sonst Nierenschädigung zu erwarten ist. Beim acuten Gelenkrheumatismus ist am besten zur Zeit des Anfalls eine über den Tag vertheilte, grosse Dosis (5—6—8 g) in stündlichen Gaben von 0,5 g, am nächsten Tage, wo meist der Anfall gebrochen ist, Uebergehen zu kleinen Dosen von 3 g, die dann lange Zeit beibehalten und allmählich auf 2—1 g reducirt werden. Auf diese Weise erzielt man den grössten Effect unter ausserordentlicher Schonung der Nieren. Um die Schädlichkeit des Salicyls herabzusetzen, besitzen wir noch ein vorzügliches Mittel: die Diaphorese. Aber die durch Salicyl erzeugte genügt nicht, sie muss durch trockene Wärme gesteigert werden. Im Schweiss war nie Salicyl nachzuweisen, die Entlastung der Nieren muss auf andere Weise zustande kommen, vielleicht dadurch, dass den Nieren anderweitige Secretionsarbeit erspart wird. Jedenfalls hat Lüthje nicht Recht, eine Nierenschädigung kann vielmehr vermieden werden, wenn man sich an das angegebene Darreichungsverfahren hält.

(Altonaer ärztl. Verein 16. Dec. 1903. — Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904.)

— **Mesotan** und **Rheumatin** wurden auch in der Prof. Ewald'schen Klinik in Berlin angewandt, wie Dr. J. Sigel von dort mittheilt. *Mesotan* erwies sich als wirksam, nur bewirkte es 3 mal eine nicht unbedeutende Dermatitis. *Rheumatin* ist als empfehlenswerthes Mittel anzusehen, leider ist es theuer..

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— Ueber die **Anwendungsweise des Mesotans** giebt Dr. L. Weil, der das Mittel bei allen echten rheumatischen Beschwerden wegen seiner stets prompt schmerzstillenden und heilenden Wirkung schätzen gelernt hat, folgende Anweisungen, durch deren Befolgung man das Auftreten von Reizerscheinungen auf der Haut vermeiden kann: Man wende nie Mesotan rein, sondern stets mit Olivenöl zu gleichen Theilen an. Man reibe diese Mischung nie kräftig ein, sondern es soll im Tage 2—3 mal je ein Theelöffel voll ganz leicht aufgerieben oder eingepinselt werden, worauf kein fester Verband anzulegen oder Guttapercha, Billrothbattist u. dgl. zu appliciren sind, vielmehr die Stelle am besten unbedeckt bleibt oder höchstens mit etwas Flanell bedeckt wird. Man greife nicht erst zum Mesotan, wenn die Haut schon mit anderen reizenden Mitteln (Senfpflaster, Chloroformöl etc.) behandelt worden ist. Sobald stärkere Röthung auftritt, unterbreche man sofort die Medication; bei längerem Gebrauch lasse man mehrtägige Pausen eintreten. Man trage auch Mesotan nicht immer an ein und derselben Stelle auf, sondern abwechselnd im Umkreis der schmerzhaften Körperparthie.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 7.)

**Scarlatina.** Einen **Fall von S. nach Trauma,** der einen bestimmten Schluss auf die Art der Infection zu gestatten scheint, beobachtete Dr. Klix (Prechlau). Ein 53 jähr. Maurermeister fiel im Mai 1899 aus einer Höhe von mehreren Metern von einer Leiter herab. Kopfschwarte links in Gestalt eines handtellergrossen Lappens abgelöst, daneben mehrere kleine, aber tiefe Rissquetschwunden, alle stark durch Sand verunreinigt, endlich auch Wunden im Munde in der Falte zwischen Wange und Oberkiefer. Die äusseren Wunden heilten per primam, die des Mundes wurden eitrig unter Entwickelung einer Stomatitis. Pat., anfangs schwerbesinnlich, fiel in den nächsten Tagen durch eine Facialisparese, ferner durch eine eigenthümliche Gleichgültigkeit auf; seine Angaben über Zeit und Ort, persönliche Verhältnisse etc. waren falsch und widersprechend, auch erklärten die Angehörigen, dass Pat. schon längere Zeit durch Gedächtnissschwäche und zuletzt durch confuses Wesen aufgefallen war. Offenbar handelte es sich um einen Paralytiker, und war der Unfall in einem Zustande stärkerer Bewusstseinstrübung vorgekommen, wie man sie bei Paralyse öfter beobachtet. Am 11. Tage nach der Verletzung plötzlich Steigerung der Pulsfrequenz auf 120,

bald darauf Fieber, welches 8 Tage unter morgendlichen Remissionen bis zur Norm und abendlichen Steigerungen nicht über 39° dauerte. Gleichzeitig eine rasch den ganzen Körper ergreifende scharlachrothe Verfärbung der Haut, innerhalb welcher zahllose feinste Pünktchen hervortraten. Nach 5 Tagen unter Abblassen des Exanthems sehr starke Abschuppung, bei der namentlich an den Händen die Epidermis in grossen, zusammenhängenden Fetzen abgestossen wurde. Im Urin nie Eiweiss, an Tonsillen und Gaumen keine charakteristische Veränderung. Pat. erholte sich rasch, und auch sein Geisteszustand besserte sich, dann aber zeigte er wieder Gedächtnissschwäche und Zerfahrenheit. Autor verlor den Pat., der 2 Jahre später starb, aus dem Auge. Dass es sich um S. gehandelt hatte, war wohl zweifellos. Der Fall fiel zeitlich in die Mitte von zwei Epidemieen, von jeder durch über 1 Jahr getrennt. Zur Zeit der Erkrankung kam am Ort kein Fall von S. vor, in dem Hause des Pat. und in dem, wo der Unfall geschehen, war S. überhaupt nicht vorgekommen. Um so näher liegt es, die Infection mit dem Trauma in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, zumal auch die Incubationszeit von 10 Tagen mit den gewöhnlichen Beobachtungen leidlich in Einklang steht. Die eiternde Wunde im Munde dürfte als Invasionspforte anzusehen sein. Für diesen Fall scheint die Erklärung näher liegend als die Annahme, dass durch das Trauma von früher her irgendwo vorhandene Keime in die Circulation gebracht worden wären. Sie müssten dann jedenfalls sehr lange latent gewesen sein. Ob der Mann jemals an S. gelitten, war nicht festzustellen. Bemerkenswerth war noch das Zusammentreffen mit Paralyse; dass die Processe einander beeinflusst hätten, ist jedenfalls nicht festzustellen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 No. 22.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Dr. Häberlin (Zürich) berichtet über seine Erfahrungen über **idiopathische acute Pyelitis bei Schwangeren,** einer relativ seltenen Affection, die aber das Interesse des Praktikers in hohem Maasse verdient. Er verfügt über acht Fälle, von denen zwei recht stürmisch verliefen und auch die übrigen ernst und wegen der diagnostischen Unsicherheit unheimlich genug waren. Aetiologisch beschuldigt Stadtfeld mechanische Momente, den Druck des graviden Uterus auf die Ureteren, wodurch Stauung des Urins, Dilatation und Entzündung der Ureteren und des

Nierenbeckens hervorgerufen werden können. Häberlin's erster Fall dürfte mit Sicherheit auf dieses mechanische Moment zurückzuführen sein, denn die Entlastung der Organe des kleinen Beckens vom Druck des kindlichen Schädels wirkte regelmässig schmerzlindernd, während im Gegentheil der Druck von oben auf den vorliegenden Theil stets die Schmerzen vermehrte. In den anderen Fällen konnte der Einfluss des Druckes nicht sicher genug nachgewiesen werden, doch sprachen das Fehlen von vorausgehenden entzündlichen Erscheinungen im uropoetischen Apparat und das ziemlich plötzliche Verschwinden der Symptome mit vollständiger Ausheilung ebenfalls für eine vorübergehende, wohl in der Hauptsache mechanisch wirkende Ursache. Das Bild war durch hohes Fieber, heftigen Lumbarschmerz und meist durch Schüttelfröste ausgezeichnet, daneben waren Zeichen der Blasenreizung mit vermehrter, gelegentlich schmerzhafter Exurese und trüber Harn vorhanden. Die Diagnose bietet im Ganzen wenig Schwierigkeiten, wenn man überhaupt an diese Krankheit denkt. Ausschlaggebend ist der Eiterbefund im Urin. Die Schmerzen sind meist sehr intensiv und localisiren sich auf die Nieren- und Blasengegend, dann längs der Ureteren, sind daneben oft ausstrahlend. Das Fieber kann sehr hoch steigen; besonders nach den Schüttelfrösten wird 40° oft überschritten. Differentielldiagnostisch ist es wichtig, vor allem andere in Betracht kommende acute Entzündungsprocesse (Para- und Perimetritis) auszuschliessen. Zu vermeiden ist auch die Verwechselung mit Tod der Frucht, weil dann leicht eine active Therapie eingeleitet würde; in dem einen Falle wurde ärztlicherseits daran gedacht, weil die Herztöne nicht mehr gehört wurden, und die schwerkranke Frau auch über die Kindesbewegungen keine sicheren Angaben mehr machte. Die Prognose ist gut. Alle Fälle heilten glatt nach 1 - 2 Wochen, und nie blieben Schädigungen zurück. Die Therapie muss exspectativ sein. Das meiste ist schon gewonnen, wenn man die Pat. und die Familie beruhigen kann. Lässt sich der schädigende Einfluss des Druckes nachweisen, so kann durch ein Pessar der kindliche Kopf in die Höhe geschoben werden; oft wird schon eine passende Bettlage Erleichterung bringen. Daneben reichliche Flüssigkeitszufuhr, ein Harndesinficiens (Salol, Urotropin) und gegen Schmerzen event. Morphium. Zu einer künstlichen Frühgeburt konnte sich Autor auch bei den ganz stürmischen Fällen nicht entschliessen. Die Erfahrung zeigt, dass die

Krankheit nicht nothwendigerweise bis zur Geburt andauern muss, dass also, wenn der Druck überhaupt die Ursache ist, derselbe nicht constant einwirkt. Andererseits ist es gewiss angezeigt, während einer solchen schweren fieberhaften Störung keine uterinen Eingriffe zu machen; nachher aber sind solche eben nicht mehr nöthig.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— Welche Methoden er bei der **Behandlung des Aborts** für den prakt. Arzt für die brauchbarsten hält, setzt Prof. G. Winter (Königsberg i. Pr.) ausführlich auseinander. Ein Abort ist als vollständig nur dann zu betrachten, wenn alle fötalen Theile, die Decidua reflexa und die abgelösten Abschnitte der Decidua vera ausgestossen sind. Dieses Resultat muss unter vollständigster Schonung der Frau möglichst bald erreicht werden. Das idealste Verfahren ist natürlich der spontane Verlauf. Während desselben treten aber 2 Nachtheile als directe Folge desselben auf, welche die Frau schwer schädigen können: die Zersetzung der Eitheile und die Blutung. Die Zersetzung der Eitheile beginnt bei vollständig spontanem Verlauf, sobald dieselben in den unteren Abschnitt der Cervix und in die Scheide hineinhängen, oder sobald die Zersetzung des Blutes ascendirend die Uterushöhle erreicht hat. Die Zersetzung der heraushängenden Eitheile führt innerhalb kurzer Zeit zur putriden Intoxication, zum sogen. septischen Abort; die Blutung führt bekanntlich längere Zeit nicht zur Zersetzung, weil das Blut eben abläuft; kommt es zur Blutstauung in bakterienreichen Abschnitten des Genitalcanals, z. B. hinter Scheidentampons, so tritt ebenfalls bald Zersetzung ein, welche in den Uterus aufsteigt. Die Blutung selbst ist eine nothwendige Folge des Aborts; allerdings können sich dabei die Frauen verbluten, und langdauernde Anaemieen sind nichts Seltenes. Wenn man exspectativ behandeln will, und das muss zunächst im Princip jeder Arzt, so muss man die putride Intoxication vermeiden und die Blutung in Schranken halten. Das ist natürlich am Besten zu erreichen, wenn man die spontane Ausstossung beschleunigt; gelegentlich gelingt dies durch einige tüchtige Ergotingaben. Ergotin macht aber nur tetanische Zusammenziehungen und wirkt deshalb nicht lösend, wie Wehen. Vermuthet man, dass das Ei gelöst im Uterus oder in der Cervix liegt und will die künstliche Entfernung vermeiden, so kann man durch eine kräftige Ergotingabe die sofortige Beendigung des Aborts erzielen. Mehr kann Ergotin nicht

leisten und ist deshalb nur selten indicirt. Die erste Aufgabe bei exspectativer Abortbehandlung ist die Fernhaltung der putriden Intoxication. Abgesehen von der aseptischen Leitung des Aborts kommt es vor Allem darauf an, dass Zersetzung des Blutes nicht eintritt. Solange man demselben seinen ungestörten Abfluss lässt oder noch durch antiseptische Spülungen für seine Fortschaffung sorgt, ist nichts zu befürchten; sobald aber die Aufstauung künstlich erzeugt wird, d. i. durch die Tamponade, beginnt die Gefahr. Die Tamponade ist nun aber ja wegen der Blutung nothwendig; sie ist also nothwendig und doch gefährlich. Darin liegt die ganze Schwierigkeit der exspectativen Behandlung. Die Tamponade muss so ausgeführt werden, dass sie keine Zersetzung herbeiführen kann und dennoch sicher Blutstillung bewirkt. Es muss ihr eine sehr sorgfältige Desinfection der äusseren Genitalien vorangehen, damit von ihnen aus der Tampon nichts in die Vagina schleppt; es muss ferner die Vagina auf dem Querbett sehr sorgfältig, namentlich oben im Scheidengewölbe desinficirt werden. Am besten vermeidet man dann noch das Hineinschleppen der Keime, indem man im Milchglasspeculum tamponirt: man stellt sich in demselben das Os extern. ein und füllt unter langsamem Zurückziehen des Speculum das Scheidengewölbe und wenigstens die oberen Zweidrittel der Vagina fest zu, und zwar unbedingt mit desinficirbarem Material, am besten mit 10%iger Jodoformgaze. Aber auch deren Wirkung ist eine beschränkte; man kann sie 24 Stunden liegen lassen, dann aber muss sie heraus, und durch desinficirende Spülung, namentlich des Scheidengewölbes, sind event. zersetzte Massen zu entfernen. Oft genug sind aber schon Keime in die Cervix gerathen und tragen die Zersetzung höher; tamponirt man weiter, so schreitet dieselbe in dem im Uterus aufgestauten Blut fort, die putride Intoxication ist da. Wie lange darf man nun gefahrlos mit der Tamponade fortfahren? Selbst wenn man noch so antiseptisch vorging, nicht länger als 48 Stunden, also 2malige Tamponade! Weitere wären sehr gefährlich, denn niemand kann für das Ausbleiben der Zersetzung garantiren. Die Jodoformgazetamponade ist also ein zweischneidiges Schwert, man soll sie nicht unnöthig heranziehen. Nöthig ist sie bei starker Blutung zu einer Zeit, wo man den Abort künstlich noch nicht beendigen will oder kann. Ihre physiologische Wirkung besteht darin, dass das hinter derselben verhaltene Blut zurückstaut bis in die Gefässlumina, wo es gerinnt oder

bis der Uterus volläuft und ein Gegendruck auf die blutende Stelle erzeugt wird. Unter allen Umständen ist ein gewisser Druck des Blutes zur Blutstillung nothwendig. Derselbe entsteht nicht, wenn immer grössere Mengen sich im Uterus ansammeln können; deshalb hat die Tamponade auch ihre zeitlichen Grenzen in der Anwendung; man kann sie bei jedem Abort bis zum Ende des 3. Monats anwenden, mag der Uterus noch an Eitheilen enthalten, was er will; darüber hinaus aber nur noch bei intactem Ei. Eine Tamponade bei Retention der Placenta im 4. Monat ist schon unzulässig, und selbst nur nach dem Wasserabgang fasst der Uterus schon recht beträchtliche Mengen Blut hinter den Tampons. Die Nebenwirkung der Tamponade ist die Erregung von Wehen. Diese Nebenwirkung ist unerwünscht, wenn man die Schwangerschaft noch zu erhalten hofft, und ist sehr erwünscht, wenn die Ausstossung des Eies befördert werden soll Deshalb soll man möglichst nicht bei „drohendem Abort“ tamponiren, sondern nur stärkere Blutungen mittelst derselben bei Aborten stillen, deren Eiablösung schon im Gange ist. Die Beförderung der Ablösung und Expulsion des Eis durch die Tamponade ist eine sehr unsichere, immerhin wird man häufig erfreut dadurch, dass man nach 24 Stunden hinter dem Tampon das vollständig ausgestossene Ei findet. Man kann die wehenauslösende Wirkung der Tamponade erhöhen, wenn man die Cervix selbst mit Gaze ausstopft, dagegen hält Autor es nicht für empfehlenswerth, den Uterus selbst auszustopfen, weil die Infectionsgefahr erhöht wird, und weil das Ei leicht dabei zerdrückt und dann seine Ausstossung erschwert wird, ausserdem kommt die Uterustamponade ja nur in Frage, wenn der Abort sicher *nicht* mehr aufzuhalten ist. Auf die geschilderte Weise: 1—2mal ausgeführte aseptische Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze, kann man manchen Abort ohne jeden uterinen Eingriff zu Ende führen, für alle Fälle ist die Behandlung freilich nicht geeignet. Bei schweren Blutungen nicht, weil ihr Effect in Bezug auf Blutstillung nicht sicher genug ist; bei zögerndem Verlauf des Aborts wird man sie wegen drohender Zersetzung bald aufgeben müssen, bei schon bestehender Zersetzung ist sie ganz contraindicirt. Es tritt da die active Behandlung in ihre Rechte: die künstliche Entfernung des Eis.

(Schluss folgt.)

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1904.)

— **Ueber Steigerung der Secretion bei stillenden Müttern** beberichtet Dr. Th. Zlocisti (Berlin). Derselbe hat *Lactagol* in 12 Fällen angewandt, Erst- und Mehrgebärenden, zum Theil solchen, bei denen auch bei vorhergegangenen Geburten eine ungenügende Lactation stattgefunden hatte. Trotzdem gelang es stets bei Anwendung des Mittels, natürlich unter gleichzeitiger Beobachtung aller sonstigen hygienischen Lebensvorschriften, ausreichende Stillungsfähigkeit herzustellen. Das Mittel wurde von allen Frauen gern genommen, machte nie irgendwelche Nebenerscheinungen. Die merkbare Wirkung trat am 3., spätestens am 4. Tage nach der Anwendung von 25—30 g des Mittels ein. Die Brüste der Frauen wurden stärker, praller, die Kinder saugten länger und lehnten sehr bald die bisher gewohnte Beikost ab. Wurde das Präparat *einen* Tag ausgesetzt, so schien die Wirkung nicht geschwächt; deutlich herabgesetzt war sie, wurde das Mittel 2—3 Tage fortgelassen. Bei bereits vorgeschrittener Lactationszeit wurde zum Auslösen der Wirkung etwa die doppelte Menge (bis 55 g) genommen und vertragen. Die Versuche zeigten jedenfalls, dass wir im Baumwollensamen in Form des Lactagol ein Anregungsmittel der Lactation besitzen, das auch dann häufig zum Ziele führt, wenn die hygienischen Maassnahmen nicht ausreichen, und das unter allen Umständen die Wirkung der letzteren erhöht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— Auch Dr. van den Brink (Monster) hat **Lactagol** in einigen Fällen als prompt wirkendes Lactagogum kennen gelernt, das zudem noch ziemlich billig ist; mit einem Carton (Mk. 2,75) reicht man 10—12 Tage, sodass der tägliche Verbrauch sich nur auf ca. 25 Pfg. stellt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 6.)

**Sycosis.** Die **Heissluftbehandlung mit dem Calorisator** (Vorstädter) hat Dr. Fr. Bering (kgl. Univers.-Poliklinik f. Hautkrankheiten Kiel) bei *Trichophytia profunda (S. parasitaria)* und *S. coccogenes (non parasitaria)* mit sehr zufriedenstellendem Erfolge angewandt. Autor giebt als Beispiele die Krankengeschichten von 11 Fällen. Bis auf einen Fall war die Wirkung des Apparates eine sehr prompte; dieser Fall, eine S. coccogenes, bestand schon 1½ Jahre. Bei einer Trichophytia profunda aber, die auch bereits 6 Monate alt war, trat die Wirkung sehr schnell ein, wie auch in allen anderen Fällen. Die S. coccogenes

erfordert längere Behandlung, doch erreicht man auch hier bei etwas Geduld stets Heilung, jedenfalls schneller, als mit anderen Methoden. Die Barthaare werden kurz geschoren (aber nicht rasirt!) und jede Stelle täglich 1/4 Stunde lang behitzt bei der höchsten Temperatur, welche vertragen wird. Ohne sonderliche Schmerzempfindung kann sie sogar auf 95—110°, ja darüber hinaus gesteigert werden. Neu auftretende Infiltrate werden sofort behitzt und so geradezu coupirt. Ausser desinficirenden Waschungen mit Camillenaufguss und Borsäure, sowie leichter Puderung mit Amylum bedurfte es keiner weiteren Therapie. Eclatanter Erfolg wurde auch bei einem Falle von hypertrophischer *Psoriasis* erzielt. Pat. hatte eine universelle Psoriasis durchgemacht; 3 Stellen am Rücken hatten sich nicht ganz zurückgebildet und stellten warzenähnliche Gebilde dar, die jeder Behandlung trotzten. Behitzung jeden 3. Tag brachte nach 2 Monaten die eine Efflorescenz bereits vollständig weg, die beiden anderen zeigen sich noch als leichte Erhabenheiten. Der Vorstädter'sche Apparat (hergestellt vom Medic. Waarenhaus in Berlin) ist ein billiger, handlicher Apparat, der gerade den Bedürfnissen der Sprechstunde des prakt. Arztes durchaus entspricht.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1903.)

**Syphilis.** **Rhodannatrium** hat Doc. Dr. Wolfg. Pauli (Wien) in 8 Fällen von *luetischer Kephalalgie* angewandt. Rhodan ist dem Jod (und Brom) verwandt und zeigte auch die gleiche specifische Wirkung wie dieses auf die genannte Affection. Am 2.—3. Tage trat bereits Nachlass der Schmerzen bis zur völligen Beseitigung derselben ein. Die Tagesdosis betrug 1 g, gegeben wurde 1%ige Lösung des Rhodannatriums (Merck) esslöffelweise mit Milch nach den Mahlzeiten. Nie Klagen über schlechten Geschmack oder Magenbeschwerden. Event. auch 2 kleine Klysmen täglich. Preis bedeutend niedriger, als der des Jodsalzes.

(Centralblatt f. d. gesammte Therapie 1904 No. 1.)

— **Wasserstoffsuperoxyd** hat Dr. M. Oppenheim (k. k. Univers.-Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten Wien) bei verschiedenen Affectionen mit bestem Erfolge angewandt. Er benützte stets das *Merck*'sche Hydrogen. peroxyd. puriss., das 30 Gewichtsprocente $H_2O_2$ enthält. Das Präparat wirkte entschieden günstig bei *exulcerirten Hautgummen*. Diese reinigten sich unter 2—3maliger täglicher Betupfung mit der concentrirten 30%igen Lösung sehr rasch, flachten ab und granulirten reichlich. Besonders werthvolle Dienste

leistete das Präparat bei solchen Gummen an den Augenlidern, wo täglich 1 mal getupft wurde. Nach 3—4 maliger Betupfung reinigten sich die tiefen Substanzverluste, welche die Augenlider zu zerstören drohten, und heilten innerhalb einer Woche glatt ab. Es durfte dabei von der Lösung nichts in den Conjunctivalsack gelangen, der sich sonst heftig entzündete. — Eclatant wirkte das Präparat auch bei *Stomatitis ulcerosa mercurialis*. Die geschwürigen Stellen wurden täglich 1 mal mit der concentrirten Lösung betupft, daneben wurde als Gurgelwasser so oft als möglich eine 3%ige Lösung verwendet. Innerhalb zweier Tage waren Salivation und Foetor geschwunden, die Geschwüre gereinigt. — Sehr eclatant war endlich der Erfolg bei den *Ulcera gangraenosa* der Genitalien, d. h. der echten Gangraen. Die tiefen Geschwüre verloren nach kurzer Zeit den üblen Geruch, der Belag liess sich schon nach 12—24 Stunden leicht entfernen, und nach längstens 3 Tagen waren die Ulcera in reine granulirende Wunden umgewandelt. Die Application des Mittels bestand hier in täglich 2 maliger Betupfung mit der 30%igen Lösung und in Auflegen von in 5%ige Lösung getauchten Gazestreifen, welche 2 stündl. gewechselt wurden. (Wiener med. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— Einen **Beitrag zur Thrombophlebitis luetica im Frühstadium** liefert Dr. Ant. Blumenfeld (Prof. Neisser'sche Klinik Breslau). Der 22 jährige Pat. hatte sich Ende Februar 1903 inficirt, war dann erst local wegen der Sklerose behandelt worden, dann Ende April, als Secundärerscheinungen auftraten, mit Injectionen. Dann war 3 Monate Ruhe, da zeigten sich Plaques muqueuses, sowie am Körper einzelne Papeln. Am 15. VIII. Nachmittags verspürte Pat. plötzlich ziehende Schmerzen im rechten Unterschenkel, von der Kniekehle bis zum Knöchel, Abends nahm er auch eine leichte Schwellung dieses Unterschenkels wahr. Trotzdem konnte er seinen Dienst versehen. Fieber, Schüttelfrost war nicht aufgetreten. Am nächsten Morgen suchte er die Klinik auf. Auf der inneren Seite des rechten Unterschenkels diffuse Schwellung, die unteren 2 Drittel des Unterschenkels einnehmend. Haut über derselben gespannt und glänzend. Bei der Palpation fühlte man in dieser Schwellung einen 1½—2 cm breiten, derben, äusserst schmerzhaften Strang, dem Verlaufe der V. saphena magna folgend, unter der Haut nicht verschieblich. Active Bewegungen des Unterschenkels beeinträchtigt, passive mit Schmerzen verbunden. Pat. klagt über starkes Spannungsgefühl. Er weiss keine

Ursache für die Affection, ein Trauma ist nicht erfolgt. Temperatur und Puls sind normal. Da Pat. nicht in der Klinik bleiben will, bekommt er nur eine Injection von 0,05 g Calomel, und es wird ihm eingeschärft, der Ruhe zu pflegen. Er ging aber weiter seiner Beschäftigung nach. Trotzdem nach 2 Tagen Spannungsgefühl vollständig geschwunden, Pat. bewegt sich ohne Schmerzen. Da Calomel ein schmerzhaftes Infiltrat hinterlassen, Injectionen à 0,1 g Hg. thymoloacetic. Nach der zweiten Injection Verkleinerung des Stranges, nach der vierten Injection ist er nur noch undeutlich palpabel, der sechsten völlig weg. Die bisher publicirten Fälle von Thrombophlebitis im Frühstadium der S. zeigen in wesentlichsten Punkten auffallende Uebereinstimmung: in dem Ergriffensein von nur oberflächlich gelegenen Venen der oberen und unteren Extremitäten, in dem fieberlosen Beginn und Verlauf, welch letzterer auch später durchaus gutartig ist, endlich in der therapeutischen Beeinflussung durch Hg.

(Dermatolog. Centralblatt, Januar 1904.)

**Tuberculose.** **Therapeutische Versuche mit Pneumin und Hetol** aus Prof. Ewald's Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. *Pneumin*, durch Einwirkung von Formaldehyd auf Kreosot entstanden, ein Gemenge von Methylenverbindungen der Phenole des Buchenholztheers, ist ein gelbweisses Pulver, das, ohne wesentlichen Geruch und Geschmack, in Dosen von 3—4 mal täglich 0,5 g von den Pat. gern genommen wird. Neben der hydrotherapeutischen Behandlung der Phthise, von der recht günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und auf den localen Process beobachtet wurde, machte Autor auch Gebrauch von Pneumin, das ca. 30 Pat. gegeben wurde. Es hatte in den ersten Wochen einen entschieden günstigen Einfluss auf den Appetit, auch Husten und Auswurf wurden in einzelnen Fällen geringer, auch Besserungen im objectiven Befund kamen vor. Irgend welche Reizerscheinungen von Seiten des Verdauungsapparates wurden nicht gesehen. Nach Verlauf einiger Wochen schwächte sich die günstige Wirkung bisweilen ab. Jedenfalls ist das Präparat gegenüber dem Kreosot und seinen Derivaten empfehlenswerth, da die Form der Darreichung eine bequeme, die Geruch- und Geschmacklosigkeit dem Pat. angenehm und der Preis kein zu hoher ist. Ueber die *Hetol*-Injectionen nach Landerer hat Ewald schon früher berichtet und kam damals zu folgendem Schluss: „Die bei der Anwendung des Hetols

erzielten Erfolge haben nicht den Erwartungen entsprochen, wie sie nach den Erfahrungen und Arbeiten von Landerer und Anderen erhofft werden konnten, sie sind aber doch derartige, dass das Verfahren, da es bei sachgemässer Anwendung keine directen Gefahren mit sich bringt, wohl weiterer Prüfung werth ist und einer weiteren Prüfung unterzogen werden sollte." Seither wurden weitere 50 Fälle damit behandelt; bei 4 Fällen von T. laryngis war das Ergebniss negativ, bei den übrigen Fällen (Phthise) ein sehr wechselndes. Auffallend war der Erfolg in einem Fall, wo ein 42jähr. Officier, nachdem er sich erkältet, hohes Fieber, Auswurf (mit Tuberkelbacillen), Nachtschweisse etc. bekam. Da trotz der verschiedensten therapeutischen Maassnahmen während 4 Wochen der Process in der linken Lunge fortschritt, wurde der rapid verfallende Pat. als verloren angesehen, und es sollte nur noch Hetol versucht werden. Kurz nach Beginn der Hetolbehandlung, die in der Weise durchgeführt wurde, dass alle 2 Tage in jeweils um ½—1 mgr steigenden Dosen von 1—25 mgr Hetol intravenös injicirt wurde, ging die Temperatur zur Norm zurück, die Nachtschweisse verschwanden, Appetit stellte sich ein, Husten und Auswurf wurden täglich geringer, Pat. nahm an Gewicht zu, auch der objective Befund besserte sich etwas u. s. w., kurz, nach 2½ Monaten konnte Pat. das Krankenhaus wesentlich gebessert verlassen und aufs Land gehen, wo er bei fortgesetzter Hetolbehandlung noch um 10 Pfd. zunahm. Auch bei einem 27jähr. Ingenieur mit ganz florider Phthise gelang es, den acuten, mit sehr hohen Temperaturen und Schüttelfrösten einhergehenden, wochenlang jeder Behandlung trotzenden Process in ein chronisches Stadium überzuführen durch alle 2 Tage ausgeführte intravenöse Hetolinjectionen. Nach sechswöchentlicher Behandlung stellte sich leichte Haemoptoe ein, von der sich Pat. rasch erholte. Es wurde von weiterer Hetolbehandlung abgesehen, doch ist Pat. jetzt nach fünf Monaten soweit gebessert, dass er seinem Beruf in vollem Umfang nachgehen kann. Diese beiden Erfolge sind um so auffallender, als sie durchaus nicht den Indicationen entsprachen, die von Landerer für seine Methode aufgestellt wurden, beginnende oder wenigstens mit geringem Fieber einhergehende Fälle. — Bei der genannten *Haemoptoe*, wie in weiteren 15 Fällen, haben sich sehr gut bewährt die Huber'schen *Heftpflasterverbände*, die, wie bei Rippenfracturen um die erkrankte Seite dachziegelförmig unter Einschliessung auch der Lungenspitze angelegt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— Vorläufige Mittheilungen über **percutane Campheranwendung speciell bei Lungentuberculose** macht Dr. W. Koch (Med. Univ.-Polikl. in Freiburg i. B.). Als beste Salbengrundlage bewährte sich das von der Wollwäscherei Döhren in Hannover hergestellte *Percutilan*, das sich überraschend schnell verreiben lässt; ausser dem Campher kommen noch aus gewissen Gründen Bals. peruv. und Ol. Eucalypti hinzu, die Combination wird als *Praevalidin* in Tuben abgegeben. Im Zeitraum von 14 Tagen wird nun an fünf aufeinanderfolgenden Tagen der Inhalt je einer fünftel Tube von 20 g in die Haut eingerieben, und zwar am ersten Tage der Rücken, am zweiten und dritten die Arme, am vierten und fünften die Oberschenkel; 2—3 Minuten sanfte Einreibungen genügen, um die Salbe zum Verschwinden zu bringen. Nach zwei Wochen folgt dann derselbe Turnus. Der Effect dieser Behandlung ist ein recht guter und tritt sehr bald ein. Zuerst starke Vermehrung des Auswurfs mit leichtem Abgang des Sputums, vom 3.—4. Tage an allmähliches Versiegen. Die Temperatur wird fast immer normal, der Schlaf bessert sich, die Nachtschweisse und Appetitlosigkeit desgleichen, das Allgemeinbefinden hebt sich, das Körpergewicht nimmt zu. Im ersten und zweiten Stadium verzeichnete Autor Dauererfolge, die Pat. wurden wieder arbeitsfähig, obwohl sie meist in Wohnung, Ernährung etc. jeden Comfort zu Haus entbehrten. Da ist wohl der Erfolg zweifellos dem Campher zuzuschreiben. Die Behandlung mit letzterem hatte auch in mehreren Fällen von *Emphysem* und chron. *Bronchitis* Erfolg; zuerst massenhafter Auswurf, dann schnelle Besserung. Auch schwere *Anaemieen* besserten sich rasch. (Medico 1904 No. 9.)

— **Die tuberculöse Infection im Säuglingsalter** bespricht Privatdocent Dr. H. Finkelstein (Berlin). Der Standpunkt der meisten Kinderärzte, der auch den Erfahrungen des Autors durchaus entspricht, ist heut folgender: Die tuberculöse Infection des Säuglings ist im 1. Lebensjahr selten, sie wächst mit der steigenden Exposition der folgenden Zeit so schnell, dass das Maximum der Kindertuberculose in diese Epoche fällt. Eine Ausheilung oder ein Latentbleiben findet nur in minimalem Umfange statt. Die Krankheit entsteht vorwiegend durch directen oder indirecten Contact mit Schwindsüchtigen und deren Absonderungen, die zumeist eine Inhalationstuberculose, selten — seltener jedenfalls als im späteren Leben — eine enterogene T. zur Folge hat. Säuglingsmilch ist die am

wenigsten ins Gewicht fallende Quelle der Säuglingstuberculose. — Bekanntlich hat v. Behring neuerdings die entgegengesetzte Ansicht ausgesprochen, die allerdings keineswegs sich auf zwingende Gründe stützte. Solche zu bringen, dürfte ihm recht schwer werden. Vor allem müsste er uns erklären, warum der Anatom gerade den unfertigen Darm des menschlichen Säuglings oder die ihm zugetheilten Drüsen so gut wie niemals an primärer T. erkranken sieht, warum die Infection, wenn sie intestinaler Herkunft ist, sich mit Ausnahme weniger Fälle stets unter Verschonung der Bauchfelldrüsen als erste Niederlassung die weit entfernteren und nur auf verschlungenen Irrwegen erreichbaren Bronchialdrüsen aufsucht, und warum die vom Genusse der Säuglingsmilch herrührende Erkrankung die ersten Monate verschonend, erst den späteren verhängnissvoll wird. Wie wenig solche Laboratoriumsergebnisse mit den Krankenbeobachtungen sich vereinen lassen, zeigt eine kleine, aber lehrreiche Statistik Finkelstein's, die 23 in den letzten 3 Jahren im Kinderasyl der Stadt Berlin stationär verpflegte und obducirte tuberculöse Säuglinge betrifft. Die ersten Zeichen der Krankheit traten zwischen der 4. Lebenswoche und dem 7. Monat hervor. Fünf dieser Kinder waren als Neugeborene in die Anstalt eingetreten und z. Th. ausschliesslich von gesunden Ammen ernährt. Bei ihnen brach das Leiden am frühesten aus. Die übrigen wurden theils schon krank aufgenommen, theils wurde ihr Zustand erst später klar. Ihre Nahrung bestand in sorgfältig sterilisirter Kuhmilch. Sämmtliche 23 Kinder zeigten bei der Section primäre Inhalationstuberculose, sämmtliche waren in die Anstalt aufgenommen, weil wegen Schwindsucht der Eltern die Armenbehörde helfend einsprang. Wo ist in dieser Fall an Fall gereihten Kette Raum für die Säuglingsmilch v. Behring's als „Hauptquelle" der Schwindsucht?

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 1 u. 2.)

— **Wieder ein Beweis für die Uebertragbarkeit von Rindertuberculose auf den Menschen,** geliefert von Dr. E. Schindler (k. k. Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Prag) an einem Nothschlächter. Derselbe zog sich 1899 eine kleine Hautabschürfung an der rechten Hand zu und schlachtete am selben Tage ein Rind, das dann thierärztlich für perlsüchtig erklärt wurde. An der Stelle bildete sich nach einiger Zeit eine kleine Röthung, die warzige Beschaffenheit annahm und sich allmählich

weiter ausbreitete. In diesem Jahre entwickelte sich die gleiche Affection an der linken Hand, wo eine kleine Schnittwunde vorhanden war, mit der Pat. Tags darauf wieder ein perlsüchtiges Rind schlachtete. Pat. stammt aus ganz gesunder Familie, war bisher ganz gesund gewesen und zeigt auch jetzt ausser den Hauteruptionen an den Händen und Anschwellung der Lymphdrüsen in beiden Ellenbogenbeugen nichts Krankhaftes. Erstere bieten deutlich das Bild der Tuberculosis cutis verrucosa dar und zeigen nach Tuberculininjection starke locale Reaction, letztere wurden exstirpirt und mikroskopisch untersucht, wobei zahlreiche charakteristische Riesenzellentuberkel gefunden wurden. (Prager med. Wochenschrift 1903 No. 52.)

**Typhus abdominalis.** Jez' **Antityphusextract** hat Dr. du Mesnil de Rochemont (Altonaer Krankenhaus) in einigen Fällen angewandt. Er will kein definitives Urtheil über das Mittel auf Grund der immerhin geringen Anzahl von Beobachtungen abgeben, sondern nur den Eindruck schildern, den er gewonnen hat. Unbedingter Lobredner des Mittels will er nicht sein, aber auch ein pessimistisches Urtheil kann er nicht fällen, sondern er hat den Eindruck gewonnen, dass dem Extract thatsächlich eine günstige Wirkung auf den Typhusprocess zukommt. Dieselbe kommt natürlich bei leichten Fällen stärker zum Ausdruck, als in den schweren, ganz ohne Wirkung aber war das Extract in keinem der Fälle. Nachtheilige Folgen wurden auch nach hohen Dosen nicht beobachtet. In leichten Fällen wird anscheinend eine Verkürzung des Processes herbeigeführt, wohl dadurch, dass durch die Bindung der Toxine der Körper seine antibakteriellen Schutzstoffe rascher und besser zur Geltung bringen kann. Entsprechend der raschen Entfieberung bei Fortbestehen sonstiger Symptome (Roseolen, Milzschwellung) scheint manchmal das Reconvalescenzstadium länger zu dauern; es empfiehlt sich jedenfalls bei mit dem Extract behandelten Pat. in der Reconvalescenz besonders vorsichtig zu sein. Eine weitere Prüfung des Mittels erscheint durchaus wünschenswerth.

(Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)

— **Bemerkungen zur Behandlung des Abdominaltyphus** macht auf Grund seiner Erfahrungen Prof. Fr. Müller (München). Die Statistik lehrt, dass die Hauptgefahr beim T. in der Schwere der Infection liegt. Um dieser Gefahr zu begegnen, müsste man ein specifisches Mittel zur Verfügung

haben. Die Erfahrungen aber über die antitoxische Therapie des T. lauten noch viel zu widersprechend, grossentheils wenig ermuthigend. Als antibakterielles Heilmittel resp. als Abortivmittel galt bisher auch immer das *Calomel.* Wenn man aber bedenkt, dass die Diagnose des T. meist erst am Ende der 1. Woche möglich ist, wenn Milzschwellung oder Roseola vorhanden ist, und wenn man sich überlegt, dass um diese Zeit die Typhusbacillen bereits in der Milz und den Roseolen nachweisbar sind, dass also bereits eine Dissemination der Typhusbacillen über den ganzen Körper vorliegt, dann ist es eigentlich naiv zu glauben, dass durch eine Desinfection des Darmes die Krankheitserreger noch eliminirt werden können, ganz abgesehen davon, dass nach Fürbringer Calomel auch gar kein wirkliches Darmdesinficiens ist. Die Gefahr der Infection resp. Intoxication zeigt sich nun vielfach in dem Sinken des Blutdruckes, und dieses wird für den tödtlichen Ausgang verantwortlich gemacht. In der That ist ein frequenter, kleiner, weicher Puls immer ein Zeichen der Gefahr, und die Bestimmung des Blutdruckes ergiebt beim T. gerade auffallend niedrige Werthe. Es werden da also Mittel heranzuziehen sein, welche einem Sinken des Blutdruckes entgegenarbeiten können. Digitalis versagt. Dagegen glaubt Autor von systematischen, alle 2 Stunden wiederholten Injectionen mittlerer Coffeindosen manchmal einen geradezu lebensrettenden Erfolg gesehen zu haben; er verbrauchte im Ganzen am Tage 1—2 g *Coffein.* Zu Zeiten gefahrdrohender Blutdrucksenkung begegnet man oft starkem Meteorismus. In solchen Fällen liegt es nahe zu versuchen, durch eine grosse schwere *Eisblase* die Gasaufblähung der Därme zu beschränken und die abdominelle Blutüberfüllung herabzusetzen. Mehrfach beobachtete Autor auch nach Application einer solchen Eisblase nicht nur Abnahme des Meteorismus, sondern auch Besserung des Pulses. Von der Alkohol-Darreichung nahm Autor Abstand und machte damit günstige Erfahrungen. Nur wenn bei lange protrahirten Fällen durch grosse Appetitlosigkeit die Gefahr der Inanition drohte, wurden kleine Mengen von Wein gereicht. Die reichliche Zufuhr schwerer Weine, namentlich der Wechsel von Portwein, Champagner, Cognac etc. ist wohl nie von Nutzen, hingegen pflegen Magenbeschwerden dadurch einzutreten. Zu den werthvollsten Heilmitteln gehört die *Wasserbehandlung.* Allerdings sieht man sie heutzutage nicht als Gegenmittel gegen das Fieber an, das als Gefahr nicht mehr gilt. Man hält es auch

nicht für nöthig, den Pat. alle paar Stunden, auch Nachts, im kalten Bade abzukühlen. Die Einwirkung des kalten Wassers kann ganz kurz erfolgen, in kalten Uebergiessungen und selbst bei sehr schwachen Pat. nur in kalten Abwaschungen bestehen, und man braucht sich nicht zu scheuen, den Pat. nach dem Bade in ein gut gewärmtes Bett zu legen, ihn mit Wärmeflasche zu versehen oder warm zu reiben. Es wird ihm so der Schüttelfrost erspart, mit dem er auf Kosten seines Körperbestandes sonst mühsam seine Temperatur wieder auf die alte festeingestellte Höhe bringen muss. Es soll nur die Benommenheit geringer, der Appetit angeregt werden, eine Erfrischung geboten, namentlich aber die Athmung angeregt werden, das beste Prophylacticum gegen Atelektasen und Bronchopneumonie. Nach der Schwere der Infection ist Darmblutung und Darmperforation die gefährlichste Todesursache bei T. Dagegen ist nun strenge Beschränkung der Nahrungszufuhr auf eine flüssige Kost als Prophylacticum üblich. Diese Beschränkung aber bildet eine andere Gefahr aus, den Eintritt mancher späteren Complicationen, und diese zum Theil recht gefährlichen Folgezustände lassen sich vermeiden, wenn es gelingt, den Ernährungs- und Kräftezustand des Pat. durch eine einigermaassen genügende Ernährung zu schützen. Aber erhöhen wir durch reichliche Ernährung nicht die Gefahr der Darmperforation, der Blutung, der Recidive? Diese Fragen sind zu verneinen. Im Auslande hat man bereits vielfach *ohne Schaden Typhuskranke reichlicher ernährt.* Es ist auch schwer einzusehen, warum Fleisch, weiches Gemüse, Kartoffel- und Reisbrei, mürbes Gebäck so gefährlich sein sollen. Werden doch Fleisch und Gebäck nie in Brocken bis an die Stelle der Darmgeschwüre gelangen. Fleisch ist wohl immer in den oberen zwei Dritteln des Dünndarms in der Hauptsache schon gelöst und resorbirt worden, und nur vereinzelte weiche Reste von Muskelfasern kommen bis zur Bauhin'schen Klappe. Das Gleiche gilt vom Gebäck. Man erinnere sich der dünnflüssigen Beschaffenheit des Chymus, den man bei der Section im Dünndarm anzutreffen pflegt. Natürlich wird man es vermeiden, sehnige Theile, Schwarten, Knorpeln mit dem Fleisch zu geben, bei Gemüse und Obst harte, unverdauliche Arten zu reichen, wie Spargel, Apfelsinen, Trauben. Autor hat seinen Pat. neben 1—1½ l Milch weiches Fleisch, geschabtes Beefsteak, Haché, Hirn, Bries, dann auch feingeschnittenen Kalbsbraten, Hühnerfleisch, Wild, Kartoffel-

brei gegeben, ohne Schaden; ausserdem Mehl-, Reis- und Griesbrei, Spinat, Apfelmus, endlich Zwieback und trockenes Weissbrot, letztere auch in der Absicht, durch den Kauact die Zähne zu reinigen und einen Reiz auf die Speicheldrüsen auszuüben. Es giebt kaum ein besseres Mundreinigungsmittel, als das Kauen trockener Gebäcke. Die Befürchtung, dass durch Amylaceenkost stärkere Darmauftreibung zu Stande kommt, hat sich ebenfalls nicht bestätigt. Gewöhnlich freilich konnte diese reichliche Ernährung nicht von Anfang an durchgeführt werden, wo ja oft grosse Appetitlosigkeit oder hartnäckiges Erbrechen besteht. Jedenfalls zeigten die Erfahrungen, dass durch jene Diaet die Gefahr der Perforation und Blutung ebensowenig erhöht wird, als die der Recidive. Solche kommen ja auch bei strengster Diaet vor. Seitdem Autor seine Pat. reichlich ernährt, hat er viel seltener schwere Inanitionszustände und die Complicationen der Spätzeit gesehen. An dritter Stelle unter den Todesursachen bei T. stehen die Lungencomplicationen, vor allem die Pneumonie. Prophylaktisch spielt hier die *Mundpflege* eine grosse Rolle. Die Zähne sollten mit warmem Wasser wiederholt am Tage gründlichst gereinigt werden, und ein Zahnbürstchen gehört zu den wichtigsten Krankenpflegemitteln bei T. Auch genügt Auswaschen der Mundhöhle und häufige Zufuhr von Flüssigkeiten noch nicht, um die Zunge feucht zu erhalten. Oft ist ja die Austrocknung der Mundhöhle dadurch bedingt, dass die Pat. durch den offenen Mund athmen. Das Herabsinken des Kiefers ist oft durch Schwäche bedingt, weshalb man den Pat. unter das Kinn einen Bausch aus einem zusammengelegten frischen Handtuch legen sollte. Oft tritt auch Mundathmung ein, weil die Nasenathmung erschwert ist. Katarrhalische Zustände des Nasenrachenraumes mit reichlicher Borkenbildung kommen ja so häufig bei T. vor und sind wohl auch die Ursache der gefürchteten Otitis. Reinigt man den Nasenrachenraum der Pat. mehrmals am Tage durch Einblasen warmer 1%iger Kochsalzlösung von den Borken, so tritt meist sehr bald wieder Nasenathmung ein, die Zunge wird und bleibt feucht. Ein kleiner Sprayapparat besorgt dies sehr gut. Neben der Mundpflege ist sehr wichtig der *Lagewechsel* (alle halbe Stunde), der nicht nur die Lungencomplicationen oft verhütet, sondern auch den Decubitus. Schliesslich hat sich als prophylaktisch sehr nützlich der sogen. *Bronchitiskessel* erwiesen, gebaut nach dem Princip des Theekessels. Eine Spirituslampe mit grossem Reservoir

(sodass es für mehrere Stunden aushält) brennt mit kleiner Flamme unter einem geräumigen Kessel, in welchem Wasser in leichtem Sieden unterhalten wird; auf das Wasser wird ein Theelöffel voll Terpentin oder Latschenöl gegeben. Von diesem Kessel aus geht ein Rohr von etwa 3/4 m Länge schräg empor. Der Kessel wird auf einen Schemel neben das Bett gestellt, das Rohr gegen das Gesicht des Pat. gerichtet, von dem es noch 40 cm entfernt bleibt. So athmet Pat. ohne Anstrengung mit Wasserdampf und Terpentin beladene Luft ein. Der Kessel*) kann 3 mal täglich für je 1 Stunde im Gang gehalten werden und erweist sich auch bei Masern und Diphtherie sehr nützlich. (Die Therapie der Gegenwart 1904 No. 1 u. 2.)

**Vitia cordis.** Wie die **Bauchmassage bei Herzkranken** einwirkt, welchen Einfluss sie aufs Herz und dessen Thätigkeit ausübt, dies zu prüfen war wohl der Mühe werth mit Rücksicht darauf, dass die Bauchmassage heutzutage grosse Verbreitung hat und z. B. bei Obstipatio eine grosse Rolle spielt. Dr. A. Neumann und Dr. Fr. Frick (Wien, k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital) haben sich dieser Aufgabe unterzogen und besonders dabei die Frage berücksichtigt: Darf man bei Herzkranken ohne schwere Compensationsstörung Bauchmassage vornehmen? Auf Grund der angestellten Versuche beantworten sie diese Frage folgendermaassen: Die Massage ist nicht nur erlaubt, sondern bringt sogar manchmal auch für das Herz als Nebenwirkung Nutzen. Namentlich bei beschleunigter Herzaction erzielt man meist eine Herabsetzung der Pulsfrequenz bei Knetung und Streichung. (Therap. Monatshefte 1903 No. 12.)

— **Therap. Erfahrungen mit Theocin** aus der Prof. Ewald'schen Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. Es wurde in ca. 20 Fällen von dem Mittel Gebrauch gemacht und gefunden, dass es bei fast allen Herz- und Nierenaffectionen mit Ascites und Oedemen sich als gutes Diureticum erwies. Die Wirkung trat meist sehr prompt ein, schon am 2. oder 3. Tage begann sogar nicht selten eine Harnfluth von mehreren Litern einzusetzen. Dann sank die Urinsecretion gewöhnlich ziemlich stark, um nach mehrtägigem Aussetzen des Mittels beim erneuten Gebrauch wieder zu steigen. Im Allgemeinen war die diuretische Wirkung eine grössere, als die aller übrigen Diuretica, so-

*) Zu haben bei Firma Hausmann, Basel, Petersgraben.

dass in allen Fällen, wo es darauf ankam, den oedematösen Körper rasch zu entlasten, das Theocin in Dosen von 2—3mal täglich 0,3 g verordnet wurde. Wo eine Indication vorlag, wurde gleichzeitig Campher oder Coffein gegeben (subcutan). Manchmal trat nach Theocin Erbrechen auf; wenn dann das Mittel in Suppositorienform (0,3) applicirt wurde, hörte das Erbrechen sofort auf. Reizungszustände von Seiten des Nervensystems kamen nicht vor. (Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

---

# Vermischtes.

— Einen *neuen Thermophor-Massage-Apparat* **„Triplex“** hat Dr. Ad. Jordan (Frankfurt a. M.) construirt, bestehend aus drei hintereinander geschalteten hohlen Metallröhren, die mit der Thermophormasse gefüllt sind. Der Apparat geht glatt über alle Unebenheiten hinweg, bleibt stets gleichmässig warm und bietet eine grosse Berührungsfläche. Wirksamer als die *trockene* Thermomassage, bei der man zwischen Haut und Rollen ein trockenes Leintuch, ist die *nasse*, wo man ein nasses Tuch einschaltet. Der Apparat hat sich bewährt bei *Muskelrheumatismen*, *Muskelkrämpfen*, *Lähmungen Neuralgieen* u. s. w. Er ist zu haben bei Gebr. Weil, Frankfurt a. M., Zeil 47. (Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)

— Zur **Technik der Infusion** giebt Dr. Ad. Weber (Alsfeld) ein Verfahren, das sich ihm seit 2½ Jahren in einer grossen Anzahl von Fällen ausgezeichnet bewährt hat und das ohne Assistenz auch in jedem Bauernhause ausführbar ist. Eine recht starke, scharfe Canüle wird an den Schlauch eines Irrigators gesteckt, und, um ein Durchsickern der Flüssigkeit zwischen Schlauch und Instrument zu verhüten, mit einer Schnur befestigt. Nachdem die Canülenspitze durch eine Watteumwickelung geschützt ist, wird der Irrigator, in dem sich der armirte Schlauch befindet, 5 Minuten lang ausgekocht. Zu gleicher Zeit werden in einem anderen Gefässe mehrere Liter Wasser zum Sieden gebracht. In die mit 1 Liter sterilisirten Wassers gefüllte Spülkanne schüttet man 6 g Natr. chlorat., rührt mit der Nadel tüchtig um, stellt den Irrigator, während die Canüle sich in der Kochsalzlösung befindet, in einen Eimer kaltes

Wasser und erneuert nach einiger Zeit die Kühlflüssigkeit, bis die Lösung ungefähr Körpertemperatur hat. Nachdem man sich die Hände desinficirt, lässt man etwas von der Lösung über den Vorderarm laufen (zur Prüfung der Temperatur). Dann fasst man mit sämmtlichen Fingern der linken Hand die Bauchhaut, hebt eine hohe Falte ab, stösst an ihrer Basis die Canüle rasch ein und schiebt sie im Unterhautzellgewebe soweit wie möglich vor. Sind 250 ccm abgelaufen (nach ca. 2 Minuten), so zieht man die Nadel langsam zurück, dreht sie, sobald die Spitze in der Nähe des Einstiches ist, wie einen Uhrzeiger um ca. 90°, stösst sie nach Bildung einer Hautfalte wieder vor und infundirt in diese Region. Dieselbe Procedur wiederholt man noch 2mal, bis 1 Liter eingeflossen ist. Dann wird die Oeffnung einige Minuten comprimirt und ein Heftpflasterverband in Form eines Maltheserkreuzes angelegt.

**(Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)**

— Eine **Modification der Beckmann'schen Rachencürette** construirte Dr. Rosenstein (Breslau). Benützt man die Beckmann'sche Cürette, so stösst ziemlich oft der gerade Schaft schon an die Zähne des Unterkiefers an, bevor noch das Endstück mit dem Messer die vorderste Parthie des Rachendaches erreicht hat; das dort sitzende Segment einer hyperplastischen Rachenmandel z. B. wird dann nicht mitgefasst und kann zu Recidiven Veranlassung geben. Die modificirte Cürette hat eine Ausbiegung, in deren Concavität sich der Unterkiefer so hineinlegt, dass der erste Widerstand nicht von ihm, sondern von jener vordersten Parthie über den Choanen geliefert wird. Sie hat sich seit 3/4 Jahren gut bewährt und wird von G. Härtel (Breslau) in 3 Grössen hergestellt.

**(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 1.)**

---

**Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 8.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Mai — XIII. Jahrgang — 1904.

**Agrypnie.** *Klinische Erfahrungen über ein neues Schlafmittel,* das **Isopral,** veröffentlicht Dr. Urstein (Heidelberger Irrenklinik). Isopral (Trichlorisopropylalkohol), hergestellt von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co., ist ein dem Chloralhydrat nahestehender Körper von campherartigem Geruch und etwas stechendem Geschmack. Bei bedeutend geringerer Giftigkeit, namentlich für das Herz, ist er mindestens 2mal so wirksam wie Chloral. Er wurde meist in Dosen von 0,5—0,75, seltener zu 1 g, ausnahmsweise zu 1,5—2 g verabfolgt, am besten in Tabletten (à 0,25 und 0,5), wurde er stets gern genommen und auch durch lange Zeit tolerirt. Er wird sehr leicht resorbirt, und bereits $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Einnehmen, oft schon nach zehn Minuten (bei schwerer A. oder starker Erregung freilich erst nach 1—2 Stunden) tritt tiefer, angenehmer, dem natürlichen durchaus gleichender, 6—10stündiger Schlaf ein. Eclatant war die Wirkung bei A. infolge von melancholischen und manisch depressiven Zuständen; in leichten und mittelschweren Fällen gelang es, mit 0,5—0,75 einen 6—9stündigen Schlaf herbeizuführen. Bei schweren manischen, katatonischen und paralytischen Erregungen mussten zur Erzielung gleichen Effects Dosen von 1—1$^1/_2$ g genommen werden. Geringer war der Erfolg bei furibunden Erregungszuständen, wo Isopral manchmal ganz versagte oder erst 2 g für einige Stunden wirkten. Bei lang anhaltender A. wurde durch Wechsel der Präparate die Wirkung der Schlafmittel verglichen und dabei der Ein-

druck gewonnen, dass Isopral keinem nachgiebt, dem Trional überlegen ist und dem Veronal an die Seite gestellt zu werden verdient. Eine cumulative Wirkung scheint Isopral nicht zu besitzen. Sehr oft konnte sogar die Dosis allmählich reducirt werden. Nachwirkungen fehlten. Gewöhnung oder Abschwächung der Wirkung trat trotz wochenlanger Darreichung meist nicht ein. Contraindicirt ist Isopral, wie alle chlorhaltigen Hypnotica, bei Herz- und Gefässerkrankungen. Sonst hat es sich als ungefährliches und zuverlässiges Hypnoticum gezeigt, das speciell in leichteren und mittelschweren Fällen immer treffliche Dienste leistet und auch den Praktikern empfohlen werden kann. (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904.)

— **Isopral** wandte auch Dr. J. Mendl (v. Jaksch'sche Klinik in Prag) als Hypnoticum in Dosen von 0,5—1,0 bei den verschiedensten mit A. verbundenen internen Krankheiten an. Meist wurde mit 0,5 g (in caps. amylac.) guter und ruhiger Schlaf für mehrere Stunden erzielt. Bei mässigen Schmerzen genügte 1 g. Bei starken Schmerzen, dyspnoischen Zuständen und schweren Magendarmerkrankungen war Isopral unwirksam. Besonders gut wirkte es bei A. infolge functioneller und organischer Erkrankungen des Nervensystems; bei Morphinismus im Stadium der Abstinenz bewährte es sich ebenfalls gut. Herzerkrankungen und Herzschwäche bilden Contraindicationen. Ueble Neben- und Nachwirkungen wurden sonst nie beobachtet. Der Schlaf war meist von 5—7stündiger Dauer und trat innerhalb einer halben, höchstens einer Stunde ein; nach dem Erwachen fühlten sich die Pat. so wohl, wie nach dem natürlichen Schlaf. Unangenehm ist der brennende Geschmack des Mittels, der durch Amylumkapseln nur leicht verdeckt wird. Im Hinblick auf die prompte Wirkung scheint aber eine weitere Verwendung des Isoprals als Hypnoticum durchaus wünschenswerth. (Prager med. Wochenschrift 1904 No. 6.)

— Zur **Diagnose und Behandlung besonders der cardialen Form der A.** ergreift Dr. L. Feilchenfeld (Berlin) das Wort. Die A. ist das Resultat einer durch irgend einen Reiz verursachten Störung. Wenn man seltenere, versteckte Gründe ausser Acht lässt, so kann man drei Arten von Reizen unterscheiden, die cerebralen, cardialen und intestinalen. Zur Diagnose verhilft oft schon die Art der A. Auch hier sind besonders drei Formen zu beobachten. Entweder die Pat. können, sobald sie ins Bett kommen, keinen Schlaf

finden, sie liegen mehrere Stunden ohne Schlaf da, bis sie endlich einschlafen, um dann allerdings meist bis zum Morgen fest zu schlafen. So verhält es sich zumeist bei der cerebralen A. der Neurastheniker. Schnelles Einschlafen, mehrstündiger Schlaf und frühzeitiges Erwachen ist eine Klage vieler älterer Leute. Oder der Schlaf tritt rasch ein, ist tief, währt aber nur 1—2 Stunden, dann plötzliches Erwachen, zumeist mit ängstlichen Gefühlen, leichter Beklemmung in der Brust und fast stets mit Herzklopfen; dann wälzen sich die Pat. stundenlang im Bette, ohne von Neuem erquickenden Schlaf zu finden, der sich erst gegen Morgen wieder einstellt. Das ist sehr charakteristisch für die cardiale Form. Die Pat. leiden an einer, bei sorgfältiger Untersuchung zumeist nachweisbaren Schwäche des Herzmuskels. Um Herzklappenfehler handelt es sich nicht. Die gut compensirten Herzklappenfehler veranlassen fast nie A. Gerade die leichten Formen der Herzschwäche machen sich durch A. schon in ihren ersten Anfängen bemerkbar. Das trifft z. B. für viele Chlorotische zu, bei denen eine geringe Verbreiterung der Herzspitze und eine erhöhte Pulsfrequenz als einzige objective Symptome bestehen. Autor hat so häufig erfolgreich solche A. mit herztonisirenden Mitteln behandelt, dass er sich schon ex juvantibus zur Diagnose A. durch Herzschwäche berechtigt hielt. Bei dieser cardialen Form tritt der Schlaf zwar auf der linken Seite am leichtesten ein, ist aber auch am schnellsten wieder beendet. Bei solchen Pat. ist nach länger dauernder linker Seitenlage der Spitzenstoss weit nach links bis in die Achselhöhle verlagert und erheblich verbreitert, der Puls kleiner und frequent. Es handelt sich um eine vorübergehende Dilatation des Herzens, die durch Behinderung des Kreislaufs in der linken Seitenlage verursacht wird. Vielleicht wird der schlaffe Herzmuskel durch die Blutsäule selbst gedehnt, vielleicht kommt auch eine Verlagerung der Herzklappen durch die schlaffe Herzmusculatur beim Hinüberfallen des Herzens nach links und dadurch die behinderte Circulation zustande. In vielen Fällen ist es auch die Rückenlage, die zu den Beschwerden, d. h. zur cardialen A. führt; wahrscheinlich erleidet auch hierbei das Herz wegen seiner schlaffen Muskelbeschaffenheit eine Lageveränderung, die der normalen Entleerung der Ventrikel hinderlich ist. Für die vom Magen und Darm ausgehenden Reize lässt sich eine besondere Form der A. nicht aufstellen; diese A. findet durch häufige Darmentleerung und Mässigkeit bei der letzten Mahlzeit zweckentsprechende Be-

handlung. Bei cardialer A. hat Autor sehr Gutes von der Verbindung kleiner Dosen Digitalis mit Morphium gesehen (Abends Pulv. digit. 0,015 + Morph. mur. 0,0025), während bei vom Magen und Darm ausgehenden Reizen häufig kleine Dosen Sulfonal z. B. 0,25 im Laufe des Nachmittags 2 bis 3 mal gereicht, von bester Wirkung sind. Ueberhaupt werden bei A. von den Narcoticis und Hypnoticis viel zu grosse Dosen gegeben, während meist viel kleinere Dosen ebenso wirken, ja oft erstaunlich kleine Dosen schon wirksam sind. (Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 11.)

**Arteriosklerose.** Die **Behandlung der A. mit Jodsalzen** empfiehlt warm Geh. S.-R. Dr. Erlenmeyer (Bendorf), der hauptsächlich *cerebrale* A. so zu behandeln Gelegenheit hatte, hier aber ausserordentlich gute Erfolge erzielte. Um dies zu erreichen, namentlich aber um Jodismus zu vermeiden, muss man in ganz bestimmter Weise vorgehen, wie Autor es gethan hat, der folgende Regeln aufstellt. Man gebe Jodkali nie allein, sondern stets zusammen mit Jodnatrium zu gleichen Theilen, und „schleiche" mit den Jodsalzen ganz allmählich ein. Autor beginnt mit Kal. jod. und Natr. jod. āā 1 g auf 240 g Wasser, also 0,83%iger Lösung, wovon er täglich 3 mal 20 ccm nehmen lässt; das macht an Jodsalzen 3 mal 0,17 g, zusammen also ca. 0,5 g am Tage. Jede folgende Verordnung steigert er um je 1, also zusammen um 2 g Jodsalze, sodass also die zweite Flasche 4, die dritte 6, die zehnte 20 g Jodsalze enthält. Die Concentration der zehnten Flasche ist mithin eine 8,3%ige, Pat. nimmt davon täglich 3 mal 1,7, das sind 5 g Jodsalze ein. Auf diese zehnfache Steigerung der ersten Dosis kommt also Pat. am 37. Tage. In 40 Tagen hat er zehn Flaschen mit zusammen 110 g Jodsalzen eingenommen. So kann man den Jodismus verhüten, zumal wenn man jedesmal zur Flasche 5 g Natr. bicarb. zusetzt und strenge Diaet einhalten lässt, d. h. alle sauren und säurebildenden Speisen und Getränke verbietet, auch für starke Flüssigkeitszufuhr sorgt, am besten Fachinger, täglich mindestens eine Flasche trinken lässt. Man lasse ferner die Arznei stets nur nach der Mahlzeit nehmen, und immer verdünnt mit einer reichlichen Menge Fachinger. So vermeidet man auch jede Magenstörung. Akne zu verhüten, dazu giebt es noch kein Mittel, doch ist sie zum Glück selten. Man lasse in der Cur keine Pausen eintreten, sondern gebe die Jodsalze ohne Unterbrechung, bis die vorhandenen Erscheinungen verschwunden sind, 300 g Jod-

salze in schweren Fällen und noch mehr. Und wenn alle oder doch die meisten der anfänglich vorhandenen arteriosklerotischen Symptome zum Verschwinden gebracht sind, ist die Cur in Zwischenräumen zu wiederholen. Sie erhält so die Bedeutung einer Prophylaxe. Manche Hemiplegie, mancher Tod könnte vermieden werden, wenn zu A. Disponirte oder solche, die in Gefahr sind, A. zu acquiriren, jährlich eine Jodcur von 150—200 g machen würden. Die Verbindung einer Sommerfrische mit einer solchen Jodcur wäre für solche Menschen geradezu ein lebenverlängerndes Unternehmen. Bei mit A. Behafteten aber muss, je schwerer die anfänglichen Krankheitserscheinungen waren, und je länger die erste Cur fortgesetzt werden musste, desto früher die Wiederholung eingeleitet werden. Was die Diagnose anbelangt, so gehören zu den ersten auffälligen Erscheinungen der cerebralen A. Kopfdruck, Kopfschmerz, Schwindel, Abnahme der Merkfähigkeit und Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Diesem ersten (nervösen) Stadium folgt dann oft das zweite, Herderscheinungen, wie Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, psychopathische Erscheinungen, meist nach apoplektiformen Anfällen auftretend. Die Symptome des ersten Stadiums sind fast die gleichen wie bei Neurasthenie, und hier muss man sich vor Irrthümern hüten. Man denke daran, dass A. keineswegs eine Alterserkrankung ist, sondern in jedem Lebensalter vorkommt, man forsche, ob der Pat. aus einer Familie mit Disposition zu A. stammt. Das Fehlen von sklerotischen Erscheinungen an den peripheren Arterien spricht nicht gegen cerebrale A., die oft isolirt vorkommt. Man achte vor allem auf die intraarteriellen Druckverhältnisse, die man schon aus dem Krankenexamen eruiren kann. Jede arterielle Drucksteigerung muss bei der Rigidität und Verengerung der erkrankten Arterien eine deutliche Verschärfung der krankhaften Erscheinungen im Gefolge haben. Tritt z. B. durch Bücken und Neigen des Kopfes, durch Schneuzen, Husten und Niesen eine Steigerung von Kopfdruck und Schwindel ein, vermehren sich die Kopfschmerzen bei Treppen- oder Bergsteigen oder durch Anstrengung der Bauchpresse beim Stuhlgang, oder nach Alkoholgenuss, so spricht das mehr für A. als für Neurasthenie. Letztere ist auch viel seltener als A., und in dubio empfiehlt es sich, immer A. anzunehmen und nur solche therapeutische Maassregeln zu ergreifen, die für A. nie schädlich wirken können. Wie erklärt sich nun die Wirkung der Jodsalze bei diesem Leiden? Autor nimmt

von den im Kreislauf circulirenden Jodmengen eine Einwirkung auf die endarteriitischen Processe in der Art an, dass jene sich mit den Eiweissmolekülen der pathologisch veränderten Intima zu Jodeiweiss verbinden und durch dessen fortgesetze Hinwegschwemmung eine allmähliche Verkleinerung jener das Arterienlumen verengernden Ablagerungen herbeiführen; auf diese Weise wird das Gefäss allmählich für den Blutstrom durchgängiger, die von ihm versorgten Organe wieder normal ernährt und functionsfähig. Recht gut wirken manchmal bei A. in Abwechselung mit der Jodcur *Kohlensäure-Soolbäder*, aber nur in den Fällen, bei denen noch keine oder doch noch keine grosse Steigerung des intraarteriellen Druckes besteht, und man sich auch damit „einschleicht", d. h. ganz allmählich von kleinen Mengen Kohlensäure und Salzen zu grösseren, von höheren Temperaturen zu geringeren übergeht (da je niedriger die Temperatur, desto stärker die Wirkung). Zum Schluss empfiehlt Autor noch einmal dringend *prophylaktische Curen.* Die A. nimmt stetig zu, es giebt ganze Arteriosklerosefamilien; das Leiden, das in jedem Lebensalter vorkommt, ist ein sehr heimtückisches, es schleicht heran, wie „der Teufel auf Socken", man pflegt die ersten geringen Symptome zu übersehen. Gerade dies darf nicht geschehen, man muss diese leisesten Anfänge erkennen und würdigen lernen. (Deutsche Medicinal-Ztg. 1904 No. 9 u. 10.)

**Blutungen.** Ueber **Stauungspapille nach Schädelcontusion** macht Dr. J. Bachauer (Städt. Krankenhaus Augsburg) Mittheilung. In dem Kampfe gegen Simulation und Uebertreibung beschleicht heutzutage den prakt. Arzt bei der Begutachtung mancher nach Schädeltraumen auftretender Beschwerden ein Gefühl der Unsicherheit. Häufig werden von Rentenbewerbern, welche ein Kopftrauma erlitten haben, Klagen über Schwindelgefühl und Kopfschmerzen vorgebracht, ohne dass sich objective Anhaltspunkte für diese Angaben finden lassen. Namentlich dann, wenn das Trauma nicht zu einer nachweislichen Verletzung der Schädelkapsel und damit zu schwereren Erscheinungen unmittelbar nachher geführt hat, ist wohl Misstrauen angezeigt, es sei denn, dass der Augenspiegelbefund oder Symptome von Seiten der Gehirnnerven auf intracranielle Veränderungen schliessen lassen, welche das Vorhandensein der angegebenen Beschwerden wenigstens als möglich erscheinen lassen. Zwei in der letzten Zeit vom Autor gemachte Beobachtungen sind daher sehr beachtenswerth.

Bei einem 27jährigen, kräftigen Bahnarbeiter nach Schädeltrauma (Pat. war bei einem Eisenbahnzusammenstoss gegen ein Bremserhäuschen geschleudert worden, was äusserlich nur eine kleine Hautwunde über dem linken Scheitelbein bewirkt hatte) trat kurze Bewusstlosigkeit auf, sowie retrograde Amnesie, wiederholtes Erbrechen, heftiger, anhaltender Kopfschmerz, linksseitige Abducenslähmung, und allmählich entwickelte sich eine hochgradige, doppelseitige Stauungspapille, welche erst im Verlaufe von Monaten sich wieder zurückbildete und bei der Entlassung, fast ein halbes Jahr nach der Aufnahme, noch nicht ganz verschwunden war. Zweifellose Anhaltspunkte für Basilarfractur waren nie vorhanden. Nach Ablauf der anfänglichen heftigeren Erscheinungen war objectiv nichts mehr nachzuweisen, subjectiv bestanden immer noch heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Wären nicht bei der Entlassung noch die Reste der Stauungspapille vorhanden gewesen, so hätte man vielleicht die Angaben des blühend aussehenden Mannes, dessen Körpergewicht noch zugenommen hatte, für Uebertreibung gehalten. Welcher Process lag nun obigem Krankheitsbilde zu Grunde? Für eine organische intracranielle Erkrankung sprach neben der Augenmuskellähmung der Nachweis der Stauungspapille. Letztere war das Hauptsymptom, das den Hintergrund aller anderen Erscheinungen bildete und einen Anhaltspunkt für die Erklärung der subjectiven Beschwerden darbot. Es fragt sich nun, wie dieselbe zu Stande kam. Die unmittelbar nach dem Trauma vorhandene Bewusstlosigkeit und das darauffolgende Erbrechen deuten auf eine Commotio cerebri hin. Kann aber eine reine Gehirnerschütterung zu Stauungspapille führen? Oder sollte das, was man im Auge sah, als Neuritis optica aufzufassen sein? Beide Bilder gleichen sich ja sehr, eine scharfe Trennung ist kaum möglich. Nach Liebrecht ist allerdings bei der Stauungspapille, wenigstens am Anfang, ein gewisser Grad von Durchsichtigkeit vorhanden, sodass man durch den geschwollenen Papillenkopf hindurch noch den weissen Bindegewebsring um die ursprüngliche Papille sehen könne, während bei Neuritis das Verwaschensein und Verschwinden der Papillengrenzen gerade das Erste und Wesentliche ist. In obigem Falle war letzteres Symptom gleich von Anfang an vorhanden, sonst aber gar kein Anhaltspunkt für eine Entzündung. Die Vermuthung, dass durch eine einfache Contusion des Schädels im Inneren desselben eine Entzündung hervorgerufen wurde, ist ohne

weiteres abzulehnen. Der Pat. hatte ja auch nie Temperatursteigerung, er war nach dem Erwachen aus der ersten, etwa zwei Stunden dauernden Bewusstlosigkeit niemals verwirrt oder benommen. Gegen eine Entzündung sprechen noch mehrere Punkte, zunächst einmal die starke Prominenz des Papillenkopfes, wie sie so hochgradig nach Elschnig nur bei Stauungspapille, nie bei Neuritis vorkommt. Zuletzt spricht für Stauung der Umstand, dass die Functionsfähigkeit des Auges nur sehr wenig beeinflusst wurde. Bei dem Pat. wurde 25 Tage nach dem Unfall, also zur Zeit der intensivsten Erscheinungen auf dem Augenhintergrunde, eine Functionsprüfung vorgenommen: S = 1, links $^3/_4$, Gesichtsfeld und Accommodation normal; auch links nach $4^1/_2$ Monaten S = 1. Liebrecht legt auf diese Intactheit der Function bei der Differentialdiagnose grosses Gewicht. Eine reine Stauungspapille könne monatelang ohne functionelle Störung bestehen, während das bei der Neuritis nie der Fall sei; eine solche führe immer zur Abnahme der Sehschärfe. Stauung lag also zweifellos hier vor. Mit einer Gehirnerschütterung allein lässt sich jedoch das Zustandekommen derselben nicht erklären. Durch das Trauma muss in der Schädelhöhle irgend ein raumbeengendes Moment geschaffen worden sein, und als solches können wir uns nur eine *Blutung* denken. Nach Tillmanns entstehen bei Schädelcontusionen häufig *extradurale* B. Durch die Annahme eines solchen Haematoms können wir uns die Entstehung einer Stauungspapille gut erklären, da ein Blutextravasat im Schädel ebenso zur Druckerhöhung und Stauung führen kann, wie jeder andere Tumor. Schwer zu erklären ist da nur, dass die ausgesprochene Stauungspapille erst drei Wochen nach dem Unfall zu Stande kam. Leider wurde der Augenhintergrund erst am fünften Tage untersucht, wo die allerersten Zeichen einer beginnenden Stauung festzustellen waren. Jedenfalls ist der Process langsam vor sich gegangen, was aber schon mehrfach beobachtet worden ist. Der Sitz der Blutung war wohl links, was sich aus der Localisation der Kopfschmerzen in der linken Schläfengegend, sowie aus der stärkeren Ausbildung der Stauungserscheinungen auf dem linken Augenhintergrunde schliessen lässt. Eine genügende Erklärung für die Abducenslähmung giebt die Annahme einer Blutung nicht. Ausgeschlossen ist jedoch nicht, dass durch das Trauma an der Schädelbasis eine Fissur entstand und zu einer isolirten Schädigung des Abducens führte. Stauungspapille nach Schädel-

contusion scheint selten zu sein. Zufällig kam aber vor kurzem noch ein 2. Fall vor. Eine 53jährige Arbeiterin glitt im November 1898 aus und fiel mit der Stirn heftig gegen die Wand. In den nächsten Tagen Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen. Andauernde Kopfschmerzen machten die Pat. wochenlang arbeitsunfähig; und da letztere nach Ablauf der Krankenversicherungszeit immer noch angab, unfähig zur Arbeit zu sein, wurde sie einem Augenarzt überwiesen, der rechtsseitige Stauungspapille feststellte, worauf Pat. eine Rente von 100% erhielt. Auch jetzt noch, fünf Jahre nach dem Trauma, da Pat. zur neuerlichen Begutachtung ins Krankenhaus geschickt wurde, brachte sie dieselben Klagen über anfallsweise Kopfschmerzen und Schwindelanfälle vor. Jeder Versuch zur Arbeit scheiterte an diesen Beschwerden. Als objectiver Anhaltspunkt bot sich nur im Augenspiegelbefund: deutlich verwaschene Papillengrenzen auf dem rechtsseitigen Augenhintergrunde. Dieser zweite Fall weist noch deutlicher darauf hin, dass sehr lange Zeit nach einem Kopftrauma noch erhebliche Beschwerden in Folge desselben vorhanden sein können. Es ergiebt sich daraus die Lehre, dass wir dann, wenn eine Begutachtung solcher Unfallskranker verlangt wird, ausserordentlich vorsichtig sein müssen. Häufig wird die Beurtheilung dieser Fälle noch dadurch erschwert, dass ein Missverhältniss zwischen den Klagen und dem Aussehen der Pat. besteht. In obigen beiden Fällen hatte man es mit kräftigen, gesund aussehenden Personen zu thun. Jedenfalls ist eine ophthalmoskopische Untersuchung nie zu unterlassen, und wir dürfen, wie der zweite Fall zeigt, noch Jahre nach dem Unfall hoffen, einen Anhaltspunkt auf dem Augenhintergrund zu finden. Ob das Fehlen eines ophthalmoskopischen Befundes bei solchen Beschwerden ein absoluter Beweis gegen die angegebenen Klagen ist, wagt Autor nicht zu entscheiden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 9.)

— Ueber **therapeutische Erfahrungen bei Behandlung schwerer innerer B. mit Nebennierenextract** berichtet Prof. Dr. Herm. Schlesinger unter Vorführung von 2 Kranken. Der erste, 33 Jahre alt, war unter den Erscheinungen einer sehr schweren Darmblutung aufgenommen worden. Pat., ausgesprochener Haemophile, erleidet nach geringen Verletzungen oft schwere B. Die Darmblutung hatte schon einige Tage zuvor begonnen, im Spital wurde rein blutiger Stuhl entleert. Pat. erhielt stündlich per os 10—20

Tropfen eines 1 ‰igen Nebennierenextracts, daneben auch Gelatine per os. Die Blutung stand sogleich. Eine üble Nebenwirkung wurde nicht beobachtet, trotzdem Pat. in 2 Tagen etwa 30 g des Extracts erhielt. Die 2. Kranke, eine 40jähr. Frau, wurde unter den Symptomen eines plötzlich aufgetretenen Morb. maculosus Werlhofii aufgenommen. Es waren profuse B. aus Nase, Mund, Pharynx aufgetreten. Es wurde reichlich Blut erbrochen und mit dem Stuhle entleert, es waren Haematurie und sehr umfangreiche Hautblutungen vorhanden. Da die B. sich in kurzen Zeitabschnitten wiederholten und Pat. extrem anaemisch geworden war, schien sie verloren, als die Darreichung von Adrenalin per os einen plötzlichen Umschwung herbeiführte. Die B. aus den Harnwegen und dem Verdauungstracte sistirten, neue Hautblutungen traten nicht mehr auf, Pat. genas. Die gleiche prompte Wirkung zeigte das Mittel bei einer grossen Zahl von Kranken mit B. aus dem Magendarmtracte. Versucht wurde es mit Erfolg bei Ulcerationen des Magens, Darmblutungen bei Typhus, Tuberculose, Neoplasmen. Nie wurde eine nennenswerthe Nachblutung, nie eine Intoxicationserscheinung beobachtet, nie bei stündlicher Einnahme von 5—10 Tropfen eines 1 ‰igen Extracts eine Beeinflussung des Blutdruckes. Bei Haemoptoe wurde eine günstige Beeinflussung nicht constatirt. Ein Unterschied in der Wirkung der verschiedenen Präparate von Clin, Takamine („Adrenalin"), dem „Paraganglin" und dem „Tonogen" wurde nicht gefunden. Eine für die Chirurgie interessante Wahrnehmung wurde bei dem 1. Kranken, dem Haemophilen gemacht. Es sollte am 2. Tage nach Beginn der Medication eine Blutuntersuchung stattfinden. Diese misslang aber, da jedesmal der aus dem Einstich heraussickernde Blutstropfen sofort gerann. Vielleicht wird es so gelingen, manche blutige Operation mit geringeren Blutverlusten durchzuführen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 11. März 1904. — Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 11.)

**Cirrhosis hepatis.** Ueber **Venenpulse an den Vorderarmen bei vorgeschrittener atrophischer C.,** die er seit Jahren an zahlreichen Fällen beobachtet hat, macht Dr. Ed. Hitschmann (k. k. Wiener Allgem. Krankenhaus) Mittheilung. Unter der Haut des Vorderarmes und auch des Handrückens sieht man bei vielen dieser Pat., oft nur vorübergehend, oft aber durch viele Monate constant, die zarten, nicht gestauten, sogar meist eingesunkenen Venen

sich bewegen, und näheres Zusehen lässt erkennen, dass es sich um starke, sowohl mit der Respiration, als mit der Herzaction synchrone Pulsationen handelt. Jedes Inspiriren erzeugt starken Collaps der Vene, und überdies besteht ein sehr deutlicher negativer Venenpuls. Betrachtet man die Venae jugulares, so ist sofort ersichtlich, dass dieselben analog pulsiren. Diese auffälligen Bewegungserscheinungen an den Vorderarmvenen sah Autor ohne jedes Zuthun oft stundenlang in schönster Ausbildung, am besten an der der Radialseite des Unterarmes angehörigen Hautvene. Bestand das Phaenomen momentan nicht, so konnte es durch Erwärmen oder durch bessere Blutfüllung der oberen Extremität nach Hängenlassen oder Distalstreichen erzeugt werden; leichtes Erheben der Hand wirkte gleichfalls verdeutlichend. Autor glaubt die Bewegungserscheinungen an den Venen als directe Folge des durch die peripylephlebitische Cirrhose eigenartig modificirten Venenblutkreislaufs auffassen zu müssen. *Daher kommt wohl diesem Befunde gegenüber anderen mit Ascites und Beinoedemen einhergehenden Zuständen eine diagnostische Bedeutung* zu. Der an vorgeschrittener atrophischer C. Leidende zeigt einen charakteristischen Habitus: der Oberkörper ist mager und saftlos, der Unterkörper wassersüchtig, die obere Körperhälfte wird sozusagen zu Gunsten der unteren ausgepumpt. Aus der aufsteigenden Hohlvene gewinnt der rechte Vorhof bedeutend weniger Blut als normal, da der Leberkreislauf gestört ist; ferner strömt das Blut in der Cava ascendens auch langsamer, da diese durch Compression durch den Ascites oder in der Pars hepatica durch die Schrumpfung der Leber verengt ist. Bei der sogen. pericarditischen Pseudolebercirrhose findet sich Verengerung der Cava oberhalb des Zwerchfells durch schrumpfendes pericardiales Gewebe. Ueberdies erfolgt gerade während des Inspiriums normal die Blutentleerung der Leber; und gerade die Bauchathmung ist es, die ihren circulationsfördernden Einfluss hauptsächlich auf das Gebiet der im Bereiche des Zwerchfells gelegenen unteren Hohlader erstreckt: die Bauchathmung fehlt aber bei der stark ascitischen Cirrhose. Im Inspirium und in der Vorhofdiastole nun gelangt das Blut der oberen Hohlvene in einen stark negativen Druck aufweisenden Raum. Die Verstärkung der Druckschwankungen, gegenüber den normalen, resp. das tiefe Druckminimum, das im Vorhof erreicht wird, dürften genügen, um die weite Ausdehnung der beschriebenen Undulationen zu erklären.

(Centralblatt f. innere Medicin 1904 No. 2.)

**Fracturen und Luxationen.** Ueber **4 Fälle einseitiger Halswirbelgelenkluxation** schreibt Dr. Schiele, Specialarzt für Chirurgie (Naumburg a/S.):

I. *Aetiologie.* Fall 1. Ein junger Mann von 18 Jahren kommt morgens einige Stunden über Land, „damit ich ihm den Hals einrenke". Er habe mit über dem Bettrand hängenden Kopf geschlafen und im Erwachen schnell den Kopf hebend, habe er sich den Hals verrenkt. Die übrigen 3 Verletzten sind Knaben, die vom Baum gefallen sind und seitdem mit schiefem Hals umherlaufen, zwei davon schon viele Wochen lang. Einen davon habe ich nur diagnosticirt, nicht behandelt, weil die Eltern noch in eine Universitätsklinik gehen wollten.

II. *Diagnose:* Zwangshaltung. Ein Ohrzipfel steht höher, als der andere. Das Kinn steht nach der Seite des tieferstehenden Ohres gewendet, umso deutlicher, je älter das noch Unerwachsene. Auf der Seite, wo das Ohr höher steht, erscheint die Nackenmusculatur gespannt. Vom Rachen aus ist nur bei dem Aeltesten Dislocation zu fühlen. Die Kleinsten sind auf dies Symptom nicht untersucht. Röntgendurchleuchtung ergiebt nichts, wegen der Geringfügigkeit der Knochenverschiebung. Die minimale Stellungsveränderung der kleinen Gelenkfortsätze wird an der Kopfstellung, wie an dem langen Arm eines Vergrösserungshebels viel leichter abgelesen.

*Schluss:* Auf der Seite, wo der Ohrzipfel höher steht, ist das Gelenk luxirt. Denn die Halswirbel geben in der Luxationsstellung eine Verlängerung, nicht eine Verkürzung der luxirten Seite.

Verwechselung mit Spondylitis kann vorkommen bei unvollkommener Anamnese; Verkennung von Spondylitis bei geringfügiger Entzündungsschwellung und einseitigem Herde.

III. *Therapie:* In den Lehrbüchern wird ein Unterschied gemacht zwischen vollständiger und unvollständiger Rotationsluxation (einseitiger Luxation), und für beide werden verschiedene Verfahren beschrieben. Ausserdem wird verlangt, man müsse den Kopf des Verletzten zwischen seinen linken Arm und Brust nehmen (offenbar am sitzenden Verletzten) und mit der rechten Hand den oberen Theil der Halswirbelsäule direct zu führen versuchen. Das Gewicht des Rumpfes liefert die Contreextension gegen Zug und Drehung an Kopf und oberer Halswirbelsäule. Dieses Verfahren kommt mir für die Zartheit der in Betracht kommenden Organe viel zu ungeschickt vor. Es sind nur

ganz minimale und einfache Kraftanwendungen nöthig; mir hat immer folgendes Verfahren genügt:

1. Narkose ist immer nöthig und macht allein schon die halbe Operation aus, weil nur Muskelwiderstände zu überwinden sind.
2. Man lässt den Kopf über die Tischkante hängen. Während im Stehen das Gewicht des Kopfes die Luxation, die ohnedem gewiss durch minimale Gewalteinwirkungen corrigirt werden würde, fixirt, wirkt das Gewicht des hängenden Kopfes an sich schon reponirend.
3. Ueberdehnung der luxirten, an sich schon überdehnten Seite durch Bewegung des Kopfes nach der entgegengesetzten Schulter, und des Kinnes ebendahin. Bei der Rückkehr aus dieser Stellung hört oder fühlt man, wenn nicht schon vorher durch die Einwirkung von 2 und 3 die Reposition geschehen ist, ein ganz weiches Schnurpsen. Damit ist die Operation vollendet. Man lässt den Verletzten erwachen und findet alle Bewegungen frei, nur dass er gewöhnlich eine schonende Kopfstellung — Ohr nach der operirten Seite geneigt, Kinn nach der entgegengesetzten gewendet — einnimmt.

In den Lehrbüchern wird verlangt, man solle in Pappverbänden den Erfolg fixiren. Ich habe im Gegentheil die Verletzten sofort ohne Verband wieder nach Hause entlassen. Anfrage nach einigen Wochen hat mir immer bestätigt, dass der Erfolg vollkommen war. Nach gelungener Reposition sorgt die Belastung mit dem schweren Kopf und die natürliche Muskelspannung dafür, dass die normale Statik erhalten bleibt.

*Lehrsatz:* Bei den einseitigen Halswirbelgelenkluxationen sind, zumal bei Kindern, nur ganz geringe Kraftanwendungen zur Reposition nöthig. Bei zweckmässigem Verfahren liegt die Gefahr für die Medulla fern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 3.)

— Einen **Bruch des linken Unterschenkels infolge Tabes** beschreibt Dr. O. Heine (Berlin). Das Bemerkenswerthe an dem Falle war die ausserordentlich starke Callusbildung, wie man sie als Characteristicum tabetischer Spontanfracturen beschrieben hat. Man hat jedoch dagegen eingewandt, dass eine voluminöse Callusbildung nur dann auftrete, wenn nicht für genügende Immobilisation der Fragmente gesorgt worden sei; die Bruchstellen seien ja

bei Tabetikern schmerzlos, und infolge ihrer Empfindungslosigkeit rieben dann die Pat. die Fragmente häufig aneinander, wodurch ein mächtiger Reiz zur Erzeugung starker Callusbildung gesetzt wurde. Das traf jedoch bei obigem Pat. nicht zu; derselbe war sofort nach dem Unfall in's Krankenhaus gekommen, bekam dort sofort bei Bettruhe einen Gypsextensionsverband und dieser wurde nach sechs Wochen nochmals durch einen Gehgypsverband ersetzt. Wenn Pat. trotzdem eine so energische Callusbildung zeigte, so spricht das eben für die Annahme, dass eine solche den Spontanfracturen bei Tabes eigenthümlich ist.

(Monatsschrift für Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904 No. 2.)

**Hysterie.** Einen **Fall von Unfall-Hysterie nach Schenkelhalsbruch auf suggestiver Grundlage** schildert Dr. Georg Müller (Berlin). Ein 49jähr. Arbeiter verunglückte am 6. XII. 1902 dadurch, dass er ausglitt. Er zog sich einen rechtsseitigen Oberschenkelbruch zu, wurde 12 Wochen vom Kassenarzt behandelt, dann nicht mehr, arbeitete aber seitdem nicht mehr. Der Arzt äusserte in einem Gutachten vom 4. III. 1903, dass der Pat. sich nur mit Krücken fortbewegen, mit dem verletzten Bein noch nicht auftreten könne, gänzlich erwerbsunfähig sei und noch lange bleiben werde, da auch event. in einer Anstalt eine Besserung nicht zu erzielen sein würde. Am 13. IX. 1903 Aufnahme in Müller's Heilanstalt. Pat. schlecht genährt, Musculatur sehr schwach entwickelt. Pat. geht auf 2 Krücken gestützt, mit denen er sich nur mühsam in der Weise fortbewegt, dass er abwechselnd die Krücke und das linke Bein aufsetzt, während das rechte schwebend gehalten wird, ohne dass der Fuss den Boden berührt. Lähmung sicher nicht vorhanden. Beweglichkeit im Hüftgelenk activ vollkommen aufgehoben. Pat. will das Bein auch im Liegen nicht erheben können. Passive Beweglichkeit nur eingeschränkt, Erhebung nach vorn gelingt um einen Winkel von $40^0$, danach Muskelspannung, angeblich durch Schmerzen bedingt. Seitwärts vermag man das Bein aus demselben Grunde nur um einen Winkel von $35^0$ abzuspreizen. Drehung im Hüftgelenk nicht ausführbar. Im Schenkelhals deutliche Knochenauftreibung fühlbar. Im Knie freie Beweglickeit. Im Fussgelenk sämmtliche Bewegungen stark behindert, Fuss in Spitzfussstellung. Verkürzung des Beines 2 cm. Röntgenaufnahme ergiebt einen mit mässiger Callusbildung gut ausgeheilten, eingekeilten Schenkelhalsbruch. Danach müsste man annehmen, dass Patient

zumindest auf dem Beine stehen und das Bein beim Gehen wenigstens aufsetzen könnte. Doch er hielt es im Knie- und Hüftgelenk leicht gebeugt in der Schwebe, und Ermahnungen, wenigstens Versuche nach jener Richtung zu machen, wurden stets damit refüsirt, dass ihm gesagt worden sei, das Bein würde doch niemals besser werden, weshalb man ihn nicht erst quälen solle. Simulation oder suggestive Hysterie? Ein Beamter der Berufsgenossenschaft erschien und sprach mit dem Pat. ein „kräftiges Wort", aber mit unerwarteter Wirkung: Pat. legte sich in's Bett, wollte dasselbe nicht verlassen, war sehr deprimirt, hatte ernste Selbstmordgedanken. Simulation schien ausgeschlossen. Pat. erhielt nunmehr einen Schienenhülsenapparat mit der Erklärung, dass damit auch Leute gehen könnten, deren Beine vollkommen gelähmt seien. Der bis dahin mürrische, deprimirte Pat. wurde sofort freundlich, zufrieden, ging mit Hülfe eines Stockes und dann auch ohne diesen, benützte seine Beine in vollkommen normaler Weise und zeigte sich dafür äusserst dankbar. Nachdem sich in den nächsten Tagen gezeigt hatte, dass er auch grössere Strecken ohne Hülfe zurücklegen konnte, wurde er entlassen und erklärte dabei, nochmals dankend, er werde sich sofort nach Beschäftigung umsehen. Der Berufsgenossenschaft wurde empfohlen, die Rente erst auf 70% herabzumindern, damit Pat. erst mit leichteren Arbeiten beginnen und sich allmählich an schwerere gewöhne. Es hatte hier also sicherlich der Apparat eine suggestive Wirkung im heilenden Sinne ausgeübt, wie vorher die Aussage des Arztes, dass Pat. auf lange Zeit hinaus arbeitsunfähig sein würde und auch Anstaltsbehandlung nichts nützen würde, offenbar im entgegengesetzten Sinne gewirkt hatte. Der Fall zeigt also, welche Folgen event. ein unvorsichtiges Wort des Arztes haben kann, ferner, dass der Arzt Unrecht hat, eine Besserung solcher Beine in einer Anstalt von vornherein auszuschliessen, endlich dass, wo Verbalsuggestion nicht zum Ziele führt, andere Mittel, wie hier der Apparat, zu Hülfe genommen werden sollten.

**(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904 No. 1.)**

— Einen **Fall von Scoliosis hysterica nach Trauma** beschreibt Dr. G. Flatau (Berlin). Er sah den Pat. im Herbst 1903. Im Jahre 1901 hatte derselbe einen schweren Kasten auf den Armen zu tragen, dabei bekam er plötzlich Schmerzen im Rücken, musste seine Last absetzen. Seitdem hat er andauernd an Rückenschmerzen gelitten, die ihn immer

wieder zwangen, die Arbeit auszusetzen. Nach und nach stellte sich eine Verbiegung des Rückens ein, allmählich zunehmende Schmerzen in Brust und Rücken veranlassten ihn, Anfang Sommer 1903 die Arbeit ganz einzustellen. Zu den Schmerzen gesellten sich allgemein nervöse Beschwerden, er wurde reizbar, schreckhaft, bekam Mattigkeit, Schlaflosigkeit u. s. w. In letzter Zeit hatte er Aufregungszustände mit krankhaftem Weinen, Schluchzen, Zuckungen. Als auffälligstes Symptom stellte sich die Verbiegung der Wirbelsäule dar. Bei der Betrachtung im Stehen sieht man: Oberkörper etwas nach vorn und stark nach rechts geneigt, Wirbelsäule wird dabei steif gehalten und vor Bewegungen geschützt; nach längerem Stehen lässt Pat. den Oberkörper in der Hüfte mehr nach vorn sinken, stützt sich mit den Händen auf die Oberschenkel auf. Aufgefordert, die Wirbelsäule gerade zu richten, hebt er nur den Kopf, lässt im Uebrigen die Richtung der Wirbelsäule unverändert; auch die passive Streckung der Wirbelsäule gelingt nicht oder doch nur in geringem Maasse und unter Schmerzäusserungen. Mit der links convexen Skoliose des mittleren Dorsaltheils verbindet sich eine Lordose, während die physiologische Lendenlordose vermindert ist; dabei ist der rechte Erector trunci stark angespannt. Die rechte Schulter steht erheblich tiefer als die linke, das rechte Taillendreieck ist ganz ausgeglichen, das linke vergrössert. Beim Niederlegen auf den Bauch gleicht sich die Verbiegung der Wirbelsäule vollkommen wieder aus. Druckschmerzhaft sind der 5. und 6. Dorsalwirbel, aber auch die rechtsseitige Rückenmusculatur; die auf Druckschmerz gerichteten Untersuchungen ergeben stets das gleiche Resultat. Schwellungen, Schwielen, Narben fehlen. Auffällig ist eine Hyperaesthesie für Schmerzreize auf der ganzen rechten Rückenseite bis zum Schulterblattwinkel; sonst Verhalten der Sensibilität völlig normal, ebenso wie das elektrische der Rückenmuskeln. Reflexe allenthalben lebhaft. Gesteigert auch die mechanische Erregbarkeit der Extremitätenmuskeln. Das Erheben aus der Rückenlage zum Stehen geschieht, indem Pat. sich auf dem Bauch herumwälzt, dann aber erhebt er sich leicht. Hirnnerven frei, Pupillar-Lichtreaction vorhanden. Pat. zeigte in der Heilanstalt ein eigenthümliches Wesen, war besonders sehr empfindlich und regte sich selbst bei Kleinigkeiten sehr auf, wobei sogar einmal ein Krampfanfall eintrat (Pat. schluchzte, stöhnte, warf sich hin und her u. s. w.), der erst nach $^1/_2$ Stunde auf energisches Zureden

aufhörte. Was lag vor? Was zunächst die Verletzung anbetrifft, so handelt es sich nicht um die Folgen einer äusseren Gewalt, sondern höchstwahrscheinlich um eine Muskelzerrung bei der starken Anspannung der Rückenmuskeln. Wie erklärt sich nun die Wirbelverbiegung? Es könnte sich um eine Lähmung der linksseitigen Rückenmuskeln handeln, dadurch würden die rechtsseitigen das Uebergewicht erhalten und die Wirbelsäule verbiegen können. Von allen den Gründen, die gegen diese Annahme sprechen, sei nur das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit hervorgehoben, die beiderseits ganz normal war. Es handelt sich hier zweifellos um eine Skoliose auf traumatisch-hysterischer Basis. Für die Abtrennung dieser functionellen Skoliosen von denen mit primärer und echter Wirbelveränderung kommen folgende Gesichtspunkte in Betracht: Die echte Skoliose zeigt neben der Verbiegung nach der Seite noch eine Drehung der Wirbelsäule, eine Abknickung der Rippen mit Buckelbildung; dies beides fehlt bei der hysterischen Skoliose. Letztere lässt sich durch einfachen Zug an der hängenden Seite, durch Lagerung auf den Leib, oder in schweren Fällen in Narkose leicht ausgleichen; die Musculatur der concaven Seite ist im Contractionszustand; es gelingt, die psychische Genese und den hysterischen Allgemeinzustand nachzuweisen. Alles traf im obigen Falle zu. Der beobachtete Anfall sprach für die nervöse Beschaffenheit des Pat., in Bauchlage trat vollkommener Ausgleich der Skoliose ein, die Contraction des rechten Erector trunci war nachweisbar. Dass Scoliosis hysterica meist auf Contractur zurückzuführen, giebt auch Oppenheim an.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 Nr. 5.)

— Ein **hysterisches Oedem** demonstrirt H. Curschmann bei einer 23 jährigen Pat., die schon Aphonie, hysterische Koprostase und Blasenschwäche, unzählige gastrische Beschwerden und schliesslich eine $^1/_2$ jährige Abasie hinter sich hatte. Wenige Tage vor dem Eintritt in die Klinik hatte sich jetzt unter starken Schmerzen ein intensives Oedem des rechten Armes und der Brust ausgebildet. Der Aufnahmebefund zeigte nun neben dem classischen Symptomenbild der H. Anaesthesie, die genau die Localisation des Oedems hatte. Letzteres wanderte nun auf den linken Arm, dann auf ein, dann auf das andere Bein, stets begleitet von der genau dieselben Grenzen einhaltenden completen Anaesthesie. Schliesslich gelang es auch durch

Suggestion ein leichtes Oedem der oberen Gesichtshälfte mit Schwellung und Injection beider Conjunctiven herbeizuführen, die wieder mit einer entsprechenden larvenförmigen Anaesthesie verbunden waren. Differentialdiagnostisch waren Oedeme durch Herz- oder Nierenkrankheiten auszuschliessen; allenfalls war an ein anaemisches Oedem zu denken, dem aber die stete Complication der Anaesthesie und die Suggestibilität des Oedems widersprachen.

(Naturhistorisch-Medicin. Verein Heidelberg, 24. XI. 1903. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 4.)

— Ein junges Mädchen mit **interessanten hysterischen Erscheinungen** stellt Barth vor. Neben Hyperaesthesie an den unbedeckten Stellen ist vorhanden eine schmerzhafte Hyperaesthesie des Warzenfortsatzes und der Ohrmuschel beiderseits, was vor 2 Jahren schon Veranlassung zu einer Aufmeisselung des rechten Warzenfortsatzes gegeben hat, obwohl nie eine Entzündung oder Eiterung der Ohren bestanden hat, und zwar ohne Besserung der Schmerzen. Ausserdem besteht doppelseitige Schwerhörigkeit, d. h. Pat. versteht Flüstersprache durchs Zimmer (6 m), aber erst, wenn Worte mindestens 6—8 mal vorgesprochen sind. Stark angeschlagene Stimmgabeln (C und $C^2$) werden, schnell am Ohr vorbeigeführt, nicht wahrgenommen, während sie wesentlich schwächer klingend, aber langsamer vorbeigeführt, sofort gehört werden. Das Ohr ist also weniger gegen eine verstärkte Intensität, als vielmehr die vermehrte Extensität des Reizes empfindlich. Es beruht die Ursache dieser Hörstörung zweifellos nicht im Ohr, als vielmehr in einer Verlangsamung der Associationsvorgänge und ist, ebenso wie die Hyperaesthesie, als Symptom der H. aufzufassen.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 1. XII. 1903. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— **Valyl,** das Derivat der Valeriana (Valeriansäurediaethylamid) hat Dr. W. Alter (Leubus) bei hysterischen und neurasthenischen Erscheinungen mit Erfolg gegeben. Es wurde stets gern genommen und beeinflusste mehrfach die verschiedensten nervösen Beschwerden günstig, ohne je unangenehme Folgen zu haben. Besonders aber bei *dysmenorrhoischen* Zuständen leistete es sehr gute Dienste, ebenso bei *Herzneurosen*, die oft recht schwerer Art waren. Autor gab systematisch steigende Dosen, erst 1—3 mal täglich 1 Kapsel, allmählich bis auf 3×3 Kapseln steigend, indem er täglich 1 Stück mehr gab (manchmal bis 3×5 Stück);

dabei blieb er 8—10 Tage, um dann allmählich zurückzugehen. Diese Cur hatte in allen Fällen rein nervöser Herzstörung Erfolg. Dabei bestanden durchweg neben mehr oder weniger schweren Irregularitäten der Herzaction zum Theil recht intensive Anfälle von Herzangst und Stenocardie. Unter Valyl verschwanden meist alle diese Störungen, die Pat. wurden oft auf Monate hinaus beschwerdefrei.

(Die Therapie der Gegenwart März 1904.)

**Impotentia.** **Yohimbin** (Riedel) hat K. Rath Dr. E. Hellmer (Wien) bei 20 Fällen von I. virilis nervosa angewandt und in 83% der Fälle ausgezeichnete Resultate erzielt; keiner der Pat. wusste, dass das angewandte Medicament ein Aphrodisiacum sei.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 51.)

— Auch Dr. L. Jakobsohn, Redacteur des „Medicinski-Journal“, hat mit **Yohimbin** bei I. sehr gute Erfahrungen gemacht. Er verordnete:

Rp. Yohimbin. mur. 0,1
Aq. dest. 20,0
S. 3 mal tägl. 10—15—20 Tropfen zu nehmen.

Er lässt zuerst 10 Tropfen nehmen, da das Mittel bisweilen unangenehme Erscheinungen hervorruft, wie Blutwallungen zum Kopf, Magenstörungen u. s. w. Sobald er sich aber überzeugt hat, dass der Pat. das Mittel gut verträgt, steigert er die Dosen bis zu 20 Tropfen. Bisweilen äussert sich die Wirkung sehr rasch, sogar schon am folgenden Tage, meist aber erst nach längerer Zeit. Mehr als 3 Flaschen obiger Ordination haben jedoch die Pat. nie nöthig gehabt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 11.)

**Intoxicationen.** Eine **Migräninvergiftung** erlebte Dr. H. Henneberg (Magdeburg). Ein 20jähr. sonst gesundes Mädchen hatte sich in der Apotheke ein „Pulver gegen Kopfschmerzen“ geholt und ein Migräninpulver (1,1 g) erhalten. Gleich nach dem Einnehmen hatte sie gebrochen und war dann bewusstlos hingestürzt. Autor fand Pat. in tiefster Ohnmacht, blass, mit bläulichen Lippen, kühlen Extremitäten, weiten Pupillen, frequentem und kaum fühlbarem Pulse. Die fest aufeinander gebissenen Zähne erschwerten die sofort vorgenommene ausgiebige Magen-

spülung sehr, doch kam Pat. inzwischen zum Bewusstsein und erholte sich im Verlaufe der nächsten Stunden, sodass sie am nächsten Tage wieder hergestellt war. Pat. hatte das Pulver nüchtern genommen, vielleicht mag dadurch die Sache so schlimm geworden sein, jedenfalls zeigt der Fall, dass schon nach 1,1 g Migränin bedrohliche Erscheinungen eintreten können. Nach der gleichen Dosis sah Autor bei einer anderen Pat. jedesmal Uebelkeit und Brechreiz entstehen. Man wird also mit Migränin, namentlich bei Schwächlichen oder Herzkranken, vorsichtig sein müssen und vielleicht das erste Mal nur 1/2 Pulver verabreichen, auch nie auf nüchternen Magen einnehmen lassen. Migränin müsste dem Freihandverkauf entschieden entzogen werden. — Bei einer an Diabetes mellitus leidenden Pat. sah ferner Autor nach Pyramidon, das gegen Kopfschmerz verordnet worden war, bald heftiges Erbrechen und Schwindelgefühl auftreten.

(Therap. Monatshefte 1904 No. 1.)

— Einen Fall von **Aspirinvergiftung** beschreibt Dr. Erw. Thomson (Helenenhof, Estland). Ein 17jähr. Lehrling bekam bei einer Angina Aspirin verschrieben, 3mal täglich 0,3. Als Autor den Pat. 2 Tage später sah, war er stark benommen, Augenlider verschwollen, Wangen hochgradig geschwollen und geröthet, soweit sie nicht von markstückgrossen, gelben Blasen bedeckt waren, die serösen Inhalt aufwiesen. Als Aut. den Pat. wieder 10 Tage später sah, war das Gesicht normal, der ganze Schädel aber mit Ausnahme des Hinterkopfes kahl, freilich wieder erste Anfänge neuer Haarbildung zeigend. Alles dies nach Einnahme von 10 Pulvern Aspirin à 0,3 in 3 Tagen. Allerdings machte der 17jähr. Patient seiner Entwickelung nach den Eindruck eines 12jährigen, immerhin war die Dosis eine durchaus nicht hohe. Es ist also Vorsicht mit Aspirin geboten.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 1.)

— Ueber einen Fall von **Senfvergiftung** berichtet E. Kolbe (Kreiskrankenhaus Britz). Die Intoxication verlief sehr schwer, wie eine narkotische Vergiftung. Der maassgebende Factor, das Senföl, scheint besonders auf die Reflexcentren der Medulla oblongata gerichtet zu sein. Die Pat., die nur mit Mühe gerettet werden konnte, hatte gegen Magenschmerzen Senfkörner in grösseren Quantitäten genossen. Derartige „Senfcuren“ sind, weil zu gefährlich, gänzlich zu verwerfen. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 7.)

— **Einen eigenartigen Fall von Kohlenoxydvergiftung** erlebte Dr. O. Scheven (Frankfurt a. M.). Ein badender Mann wurde bewusstlos in der Wanne vorgefunden, bot alle Zeichen der Kohlenoxydvergiftung dar und konnte erst nach langen Bemühungen gerettet werden. Die Ursache der Vergiftung musste man in dem zum Erhitzen des Wassers benutzten Gas-Wasserheizapparat suchen, der nach dem System der viel gebrauchten „Junkerschen Schnell-Wassersieder“ gebaut, äusserlich allerdings intact erschien und bei fachmännischer Untersuchung auch keine gröbere Betriebsstörung erkennen liess. Auffallend erschien, dass kein Ableitungsrohr nach aussen vorhanden war, sodass die Verbrennungsgase frei ins Badezimmer entweichen konnten; doch betonte ein zugezogener Fachmann das völlig Einwandfreie solcher Installation. Autor liess durch den Fachmann den Heizapparat wieder functioniren und Lichter im Badezimmer aufstellen; diese verlöschten nach 10 Minuten. Eine im Baderaum hinpostirte Ratte verendete bald und die Section ergab das typische Bild der Kohlenoxydvergiftung. Damit war der Nachweis erbracht dass es in dem nicht zu kleinen, hohen, mit grossem Fenster versehenen Badezimmer bei Anwendung der so viel gebrauchten Schnellwassererhitzer in Folge der üblichen Installationsart ohne Abzugsrohr unter offenbar ungestörten Betriebsverhältnissen zu einer schweren Gasvergiftung kommen kann, sodass es dringend nothwendig erscheint, ein Abzugsrohr einzurichten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 6.)

— **Zur Kenntniss der Nebenwirkungen einiger Arzneimittel auf das Ohr** schildert Dr. Schwabach 2 erlebte Fälle. Beim 1. Falle handelte es sich um eine Pat., welche starke Schwerhörigkeit aufwies neben heftigen subjectiven Geräuschen in beiden Ohren. Es handelte sich um acuten Mittelohrkatarrh, bedingt durch einen Katarrh der Nase resp. des Nasenrachenraumes; auch Blepharo-Conjunctivitis war vorhanden. Die Aetiologie blieb zunächst unklar, bis es sich dann herausstellte, dass Pat. *Arsen* nahm; nach Aussetzen dieses Mittels verschwanden alle jene Krankheitserscheinungen. Bei dem so häufigen Gebrauch der Sol. Fowleri ist es höchstwahrscheinlich, dass solche Nebenerscheinungen nicht selten sind, nur aetiologisch nicht richtig gedeutet werden. Der Arzt sollte daher namentlich in Fällen, wo Kranke mit Hautaffectionen oder nervösen Leiden über Störungen seitens des Gehörorganes klagen,

eruiren, ob Sol. arsenic. gebraucht wird. Fall 2 betraf eine Pat., die ebenfalls über Schwerhörigkeit und subjective Geräusche klagte. Die Untersuchung zeigte, dass es sich um eine Affection des schallpercipirenden Apparates handelte. Dieselbe war hier durch kurzen Gebrauch von *Salipyrin* zu Stande gekommen, die schweren Störungen seitens des Gehörorgans hauptsächlich der in ihm enthaltenen Salicylsäure zuzuschieben. Allerdings war die Menge der verbrauchten Salicylsäure eine sehr geringe, kaum 1 g pro die, im Ganzen kaum 2 g, sodass man hier eine besondere Idiosynkrasie für Salicyl annehmen muss. Als prophylaktisches Mittel gegen Indoxicationserscheinungen seitens der Salicylsäure und des Chinins ist schon von anderer Seite Extr. Secal. cornut. warm empfohlen worden. Dass dies Mittel auch wirksam zu sein scheint, wenn bereits Symptome seitens des Gehörorgans eingetreten sind, geht aus diesem Falle hervor. Nachdem die Erscheinungen 2 Wochen lang keine Tendenz zur Heilung gezeigt hatten, gab Autor 3mal tägl. 10 Tropfen von Extr. Secal. cornut. fluid., und es trat sehr bald der günstige Einfluss dieser Medication zu Tage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 11.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** **Therapeutische Beobachtungen über Pegnin** aus der Prof. Ewald'schen Klinik in Berlin veröffentlicht Dr. J. Sigel. 1900 hat v. Dungern ein Verfahren angegeben, Kuhmilch leichter verdaulich zu machen, dadurch, dass das Casein der Kuhmilch, das normalerweise in dicken Klumpen gerinnt, durch Pegninpulver, ein von den Höchster Farbwerken in den Handel gebrachtes, mit Milchzucker verbundenes Labferment, schon ausserhalb des Körpers zur Gerinnung gebracht und durch Schütteln oder Schlagen fein vertheilt und zerkleinert wird. Es entstehen dann so feine Flocken, wie sie bei der Labgerinnung der Muttermilch gebildet werden. Man kocht die Milch in einer Glasflasche eine halbe Stunde, kühlt auf 32° R. ab, setzt dann zu 1 Liter 1 Esslöffel Pegnin. Nach wenigen Minuten gerinnt die Milch, wird dann kräftig durchgeschüttelt, bis die Gerinnsel verschwunden sind, und ist gebrauchsfertig (nicht mehr stark erhitzt). Geschmack und Nährwerth bleiben unverändert. Autor gab die Milch Erwachsenen mit Erkrankungen des Magens, die mit verringerter Lababscheidung einhergingen, *Gastritis chronica, Achylia gastrica*, und wo die grossen klumpigen Gerinnsel eine schädliche Reizwirkung

auslösen konnten: bei *Neurosen des Magens* und *Ulcus ventriculi*; ein grosser Theil der Ulcusfälle wurde nach mehrtägiger Rectalernährung zunächst nur mit Pegninmilch ernährt. Dieselbe wurde fast ausnahmslos gern genommen und gut vertragen, sodass sie warme Empfehlung verdient. (Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— Ueber den **Werth des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter** lässt sich Prof. Dr. G. Edlefsen (Hamburg) aus. Derselbe hat schon seit langem die Erfahrung gemacht, dass bei den durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch verursachten Dyspepsieen der künstlich ernährten Säuglinge in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Darreichung von Pepsin weit bessere Erfolge zu erreichen waren, als durch Zuführung von Salzsäure. Im Laufe der Zeit gelangte er immer mehr dazu, für jeden Fall dieser Art die Behandlung mit Pepsin zur Regel zu machen, das vortreffliche Wirkung ausübte. Nur ganz selten sah er sich veranlasst, statt dessen Salzsäure zu geben, indem Pepsin versagte. Jedenfalls gelangte er zu dem Schluss, dass die Dyspepsie der Säuglinge oder die durch ihren Eintritt bewiesene Unfähigkeit des Magens, das Casein genügend zu verdauen, weit häufiger in einem Mangel an wirksamem Pepsin im Magensaft, als in einer ungenügenden Salzsäuresecretion begründet sei. Natürlich verspricht die Anwendung des Pepsins nur dann Erfolg, wenn alles, insbesondere das Verhalten der Ausleerungen darauf schliessen lässt, dass die Dyspepsie des Pat. der Unfähigkeit des kindlichen Magens, die zugeführte Nahrung, d. h. also in der Regel die verdünnte Kuhmilch, zu verdauen, ihre Entstehung verdankt. Pepsin ist um so mehr indicirt, je jünger der Säugling zur Zeit der Erkrankung ist. Bei Kindern, die das Säuglingsalter überschritten haben, und bei anderen Formen oder anderer Begründung der Dyspepsie, vor allem bei der Cholera nostras, bewährt sich in der Regel Salzsäure besser. Dagegen bilden die sogen. *dyspeptischen Diarrhoeen*, die so oft bei künstlich ernährten Säuglingen, gelegentlich freilich auch bei Brustkindern auftreten, recht eigentlich die Domäne für die erfolgreiche Pepsinbehandlung, jene Darmkatarrhe also, bei denen schon die Stühle zeigen, dass die Milch nur unvollkommen verdaut wurde, und die dadurch entstehen, dass die Nahrung in nicht genügend vorbereitetem Zustande vom Magen in den Darm übertritt und hier leicht einer abnormen Zer-

setzung anheimfällt, die dann eine katarrhalische Erkrankung des Darmes hervorruft. Autor hat in hunderten solcher Fälle diesen Katarrh bei der Pepsinbehandlung, ohne Zuhülfenahme eines antidiarrhoischen Medicaments und meist auch ohne Unterbrechung der Milchernährung in kürzester Frist schwinden sehen; sehr gewöhnlich nahmen die Ausleerungen schon in wenigen Tagen ihr normales Aussehen wieder an, und blieb auch ferner bei mehr oder weniger lange fortgesetztem Pepsingebrauch die Verdauung eine völlig normale. Autor benützte fast stets das *trockene deutsche Pepsin* Witte; auch die Schering'sche Pepsinessenz ist wirksam, aber theuer und Kindern weniger genehm. Autor zweifelt nicht, dass auch bei Säuglingen Fälle von Dyspepsie vorkommen, die besser auf Salzsäure als auf Pepsin reagiren; aber das sind Ausnahmen, und man kann ja auch ruhig beides combiniren, wenn man ganz sicher gehen will. Jedenfalls zeigen aber die Erfahrungen des Autors, die unter ungünstigsten Bedingungen, meist in der Armenpraxis gesammelt sind, dass thatsächlich die Salzsäure bei der Behandlung von Verdauungsstörungen im Säuglingsalter in der Regel ganz zu entbehren ist und die Pepsinbehandlung allen Anforderungen genügt, zudem auch recht billig ist. 5 g des trockenen deutschen Pepsins kosten im Handverkauf 25—30 Pfg., und damit reicht man 1 Woche, da man unmittelbar vor der Flasche nur ein kleines Häufchen auf einem Theelöffelstiel (etwa 0,25 g) in einem Theelöffel lauwarmen Wassers gelöst giebt, meist aber auch 3—4 malige Darreichung dieser Menge pro die genügt. Will man in der besseren Praxis Einzelpulver dispensiren, so verordnet man:

Rp. Pepsin. sicc. Germ.
Sacch. lact. aa 0,25
D. tal. dos. No. XX.
S. 3—4 mal tägl. ein Pulver.

Die Einzeldosis, wie Soltmann sie empfiehlt (0,05) ist entschieden zu niedrig, ebenso in dessen Verordnungsweise mit Salzsäure zusammen: 0,1 Pepsin und 10 Tropfen Salzsäure auf 100 g Mixtur (3 stündlich einen Theelöffel); hier würde Edlefsen für Säuglinge 5 g Pepsin für richtig halten. Für *Erwachsene* pflegt er eine Salzsäurepepsinmixtur folgendermaassen zu ordiniren:

Rp. Acid. hydrochloric. dil. 8,0
Pepsin. sicc. Germ. 10,0
Aq. dest. 120,0

Syr. cort. aur. 30,0
S. 3 mal tägl. einen Theelöffel
in 1/2 Weinglas Wasser.

In solchen Dosen leistet Pepsin auch bei manchen Formen der Dyspepsie Erwachsener sehr gute Dienste.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 4.)

— **Dyspeptine** ist von seinem Erfinder (Hepp) sehr gelobt worden, und jüngst hat auch Dr. Mayer das Präparat warm empfohlen.*) Im Gegensatz dazu meldet jetzt Dr. Loeb, dass im Augusta-Hospital (Prof. Ewald) in Berlin, wo das Mittel angewandt wurde bei Magenkrankheiten, die mit Hypo- und Achlorhydrie einhergehen, das Mittel weder auf die Secretionsverhältnisse irgendwie Einfluss ausgeübt hat, noch auch als Stomachicum zuverlässige Wirkung documentirte. Bei einer grossen Reihe von Fällen, wo mit der bisherigen Diaet und Therapie weder die herabgesetzte Gesammtsäureproduction zur Steigerung, noch die gänzlich geschwundene Salzsäureausscheidung zum Wiedererscheinen gebracht werden konnte, brachte auch Dyspeptine keine Besserung. Es wurde längere Zeit gegeben, weil es nie schädliche Erscheinungen hervorrief, aber genützt hat es auch nichts.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 11.)

**Paralysen.** Einen **Fall von multipler Hirnnervenlähmung mit Betheiligung des Acusticus** beobachtete Nervenarzt Dr. O. Aronsohn (Berlin). 30jähriger, bis dahin völlig gesunder, seit 5 Jahren in kinderloser Ehe lebender Mann erkrankte nach einer Fahrt auf dem Vorderperron eines elektrischen Strassenwagens während eines winterlichen Schneesturmes mit Schwellung und Schmerzen der linken Gesichtshälfte. Während die Schwellung des Gesichts in einigen Tagen vorüberging, stellte sich allmählich im Verlaufe von 2 Wochen eine Schiefheit der linken Gesichtshälfte ein, das Sprechen und Kauen waren erschwert. Die Schmerzen in der linken Gesichtshälfte wurden heftiger; bald traten Kopfschmerzen und ausgesprochenes Schwindelgefühl hinzu, sodass Pat., von Beruf Zimmermann, Gefahr lief, beim Besteigen der Gerüste in die Tiefe zu fallen. Zu gleicher Zeit wurde er von lebhaften, ununterbrochen vorhandenen Geräuschen auf dem linken Ohr

*) Siehe Excerpta Seite 216.

geplagt und während er bis dahin auf beiden Ohren gutes Gehör hatte, war er jetzt links vollkommen taub. 8 Wochen nach Beginn des Leidens kam deshalb der sonst ganz gesund aussehende Pat. zum Autor, der Folgendes fand: Linke Stirnhälfte glatt, kann nicht gerunzelt, das linke Auge nicht völlig geschlossen werden. Linke Nasolabialfalte abgeflacht, der linke Mundwinkel hängt etwas herab und bleibt beim Lachen zurück; beim Versuch zu pfeifen entweicht die Luft aus der linken Lippenhälfte. Die elektrische Untersuchung des Facialis und der von ihm versorgten Musculatur ergiebt partielle Entartungsreaction. Foramen supraorbitale, infraorbitale, mentale links auf Druck äusserst schmerzhaft. Nadelstiche werden auf der linken Gesichtshälfte als stumpf bezeichnet, Berührungen undeutlicher empfunden, als rechts. Empfindlichkeit der Conjunctiva und Cornea links für Berührungen gegen rechts herabgesetzt. Zunge wird gerade, aber mit auffälligem Muskelwogen, herausgestreckt. Vollständiges Fehlen des Geschmackes auf der ganzen linken Zungenhälfte, unbestimmte, verminderte Geschmacksempfindung auf den vorderen $^2/_3$ der rechten Zungenhälfte. Linker Gaumenbogen steht etwas tiefer, als der rechte, die Uvula weicht deutlich, auch beim Intoniren, nach links ab. Geschmacksempfindung auf dem weichen Gaumen und Pharynx unverändert. Beim Bücken wird Pat. schwindlig, schwankt auch etwas beim Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen. Pupillen reagiren prompt auf Lichteinfall und Convergenz, Bewegungen des Bulbus völlig intact, der ophthalmoskopische Befund negativ. Active und passive Beweglichkeit, sowie Sensibilität der Extremitäten normal, Patellarreflexe vorhanden, innere Organe gesund, Puls normal, keine Blasen- oder Mastdarmstörungen, im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Im linken Ohr keine organische Affection zu constatiren, auch Nase frei; linkes Ohr dabei total taub. Ohrenärztliche Untersuchung ergiebt: Trommelfell links normal. Flüstersprache wird links nicht verstanden. Die auf dem linken Ohr aufgesetzte Stimmgabel $C_1$ wird 12″ lang gehört; Pat. kann aber nicht angeben, ob er sie links oder rechts wahrnimmt. Auf den rechten Warzenfortsatz aufgesetzt, wird sie auch 12″ gehört. Hiernach ist es höchstwahrscheinlich, dass Pat. die links aufgesetzte Stimmgabel nur rechts percipirt, die Knochenleitung also links aufgehoben ist. Auch auf den Scheitel aufgesetzt, wird die Stimmgabel vom Pat. gehört, ohne dass er angeben kann, auf welchem Ohr. Durch Luftleitung wird aus der

continuirlichen Stimmgabelreihe nur gehört $A_1$, $e_2$, $a_1$, $fis_4$. — Es lag also offenbar eine multiple linksseitige Hirnnervenlähmung vor mit Betheiligung des Facialis, Trigeminus und Acusticus. Die Störungen beim Kauen und Sprechen erklärten sich aus der Lähmung des motorischen Astes des Trigeminus; die partielle Geschmacksstörung auf der rechten Zungenhälfte wohl daraus, dass von den Geschmacksnerven der linken Zungenhälfte anormaler Weise zum Theil auch die rechte Zungenhälfte versorgt wurde. Die Lähmung war allmählich nach einer Erkältung entstanden, welche eine starke Schwellung der linken Gesichtshälfte zur Folge hatte. Der Charakter der multiplen Hirnnervenlähmung konnte also sehr wohl der einer multiplen Neuritis sein, welche peripher begonnen und durch die Knochencanäle sich allmählich centralwärts ausgebreitet hatte. Diese Auffassung war um so berechtigter, als die Untersuchung und auch die Anamnese bis auf den Umstand, dass Pat. mehrere Jahre in kinderloser Ehe lebte, keinen Anhaltspunkt für vorausgegangene Lues oder sonstige constitutionelle Erkrankung bot, das Vorhandensein eines Hirntumors andererseits nach dem negativen ophthalmoskopischen Befunde ziemlich ausgeschlossen war. Autor begnügte sich darum anfänglich damit, mit dem constanten Strom die Lähmung zu beeinflussen. Wegen der sehr störenden Schwindelerscheinungen verordnete er jedoch sehr bald Kal. jodat. (8 : 200 3mal täglich einen Esslöffel), und der prompte Erfolg dieser mehrfach wiederholten Verordnung machte doch eine syphilitische Erkrankung an der Basis cranii als Ursache der Lähmungen in hohem Grade wahrscheinlich. Es war geradezu überraschend, dass schon nach wenigen Flaschen Jodkali die Geschmacksempfindung sich wieder einstellte, die Beschwerden beim Kauen und Sprechen schwanden, die starken Gesichtsschmerzen aufhörten und der paretische Facialis anfing, wieder active Beweglichkeit zu zeigen. Einzig der Acusticus war einer Besserung nicht mehr zugänglich. Das Gehör blieb links so gut wie verschwunden, während die subjectiven Ohrgeräusche fortbestanden, ja eine mehrere Wochen nach der ersten erfolgte zweite ohrenärztliche Untersuchung ergab sogar entschiedene Verschlechterung des Hörvermögens. Als Sitz des Krankheitsherdes musste bestimmt die Basis cranii angesehen werden. Nur so war die gleichzeitige Lähmung des Facialis, Trigeminus und Acusticus verständlich. Es kommt hinzu, dass mit der Facialislähmung auch Lähmung

des Geschmacks und des Velum palatinum vorhanden war, was voraussetzt, dass das schädigende Moment mindestens den Facialis an der Basis cranii oder doch nicht weit vom Porus acusticus internus getroffen haben musste. Die Lähmung des Trigeminus in seiner Totalität macht endlich an sich schon den Sitz des Krankheitsherdes an der Schädelbasis durchaus wahrscheinlich. Die Symptome von Seiten des Acusticus freilich — Schwindel, Kopfschmerz, Ohrgeräusche, Fehlen der Luft- und Knochenschallleitung — konnten ebenso gut die Folgeerscheinungen einer Affection des Nerven in den Endausbreitungen im Labyrinth, wie diejenigen einer Affection des Nervenstammes sein. Es hiesse indess den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man die Lähmungen des Facialis und Trigeminus als intracranielle anerkennen, die Erscheinungen von Seiten des Acusticus aber als Labyrintherkrankung deuten. Pat. lehnte eine Inunctionscur ab, nahm aber Jodkali noch einige Monate fort. Noch 7 Monate nach Beginn der Erkrankung aber bestand die Taubheit ebenso, während alle übrigen Erscheinungen, bis auf die Ohrgeräusche, so gut wie vorüber waren. Es zeigte sich also, dass der Acusticus durch dieselbe Schädigung viel schwerer angegriffen wird als andere Hirnnerven, und dass, wenn er einmal in seiner Function gelähmt ist, diese Lähmung schon nach wenigen (hier 8) Wochen eine irreparable wird.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 45.)

**Pertussis.** Ein *neues Thymianpräparat* **Solvin,** hergestellt von Dr. Müller, empfiehlt Dr. E. Hirsch (Berlin) zu weiteren Versuchen, nachdem die seinigen recht zufriedenstellend ausgefallen. Er hat das Solvin bei P. und acuter *Bronchitis* angewandt und es hierbei als ausgezeichnetes Linderungs- und Lösungsmittel schätzen gelernt, namentlich gerade in schweren Fällen, bei quälendem Husten und Erstickungsgefahr. Das von der Einhorn-Apotheke in Berlin in Flaschen von 200 g in den Handel gebrachte Mittel, das gern genommen und gut vertragen wurde, ordinirte Autor bei P. 6—8 mal, bei Bronchitis 3—4 mal täglich kaffeelöffel- bis esslöffelweise, je nach dem Alter des Pat. Es beeinflusste sehr bald den Charakter des Leidens, milderte die Hustenanfälle und kürzte die Krankheit ab.

(Therap. Monatshefte 1904 No. 2.)

— **Cypressenöl** hat Prof. O. Soltmann (Leipzig) mit bestem Erfolge bei P. angewandt. Das von der Firma Schim-

mel & Co. hergestellte Oel bewährte sich am besten auf Oberbett, Kopfkissen und Leibwäsche der Kinder aufgegossen (macht freilich Flecke!), und zwar täglich 4mal 10—15 g einer alkoholischen Lösung des Oels (1 : 5), bei heftigen nächtlichen Hustenparoxysmen noch 1—2mal des Nachts. Nach seinen Erfahrungen kann Autor Folgendes sagen: Das Cypressenöl setzt in allen Fällen des Keuchhustens, sowohl bei älteren als jüngeren Kindern, die Zahl der Hustenparoxysmen prompt und schnell herab. Es mildert ihre Intensität, verkürzt ihre Extensität, verlängert die freien Intervalle, hebt die schwächenden Nachwirkungen des Paroxysmus und Einzelanfalls auf. Nachtheilige Wirkungen auf Magendarmcanal, Respirationstractus, Nervensystem, Herz und Niere machen sich nicht bemerklich, im Gegentheil: die von diesen aufgetretenen Complicationen schwächt es ab oder hebt sie zum Theil auf und verhindert zumeist das Auftreten solcher, gestaltet somit den ganzen Verlauf der Krankheit zu einem milden. Besonders zeigen sich diese günstigen Einwirkungen darin, dass Würgen und Erbrechen nicht eintreten oder bald schwinden, wo sie bei Beginn der Behandlung vorhanden waren. Suffocationserscheinungen schwanden in jedem Falle bald, die cyanotische Röthe im Gesicht, die Füllung der Halsvenen, das Oedem des Gesichts wurden unbedeutend, zu Ekchymosen und Nasenbluten kam es nicht, über Schmerzen im Epigastrium und an den Seitentheilen des Thorax wurde bald nicht mehr geklagt. Controllversuche endlich, wo die Oelapplication absichtlich plötzlich wegblieb, zeigten fast regelmässig Zunahme an Zahl und Intensität der Anfälle; die alsdann wieder aufgenommene Behandlung wurde mit erneutem Absinken der Anfälle beantwortet. Oft war der einzelne Anfall mit *einer* Attaque beendet, die „Reprise“ blieb aus. Die Dauer des 2. Stadiums schien merklich abgekürzt. Die Gesammtconstitution der Pat. litt auffallend wenig, die Kinder wurden fast alle in gutem Ernährungszustande entlassen, ja es wurden erhebliche Gewichtszunahmen erzielt. *Wie* das Oel wirkt, an welche Bestandtheile die günstige Wirkung gebunden ist, das ist noch nicht aufgeklärt.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1904.)

**Phimosis.** Ein **einfaches unblutiges Verfahren** zur Heilung der P. giebt Dr. K. Gerson (Berlin) an: Man zieht mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand das Praeputium möglichst weit nach vorn und führt mit der rechten eine

stumpfe Pincette mit geschlossenen Branchen etwa 1 cm weit in das Praeputium ein. Lässt man nun die Branchen der Pincette auseinander federn, so üben sie auf die Praeputialwandung einen elastischen Druck aus und lassen die Vorhautöffnung weit auseinander klaffen. Das macht man anfangs nur etwa 20 Secunden, später ½—1—2 Minuten, anfangs täglich. Je enger die Vorhautöffnung, um so kürzere Zeit werden meist die ersten Dehnungen vertragen. Nach jeder Dehnung ist die Vorhaut mit Talcum zu pudern. Selbst höchstgradige Phimosen weniger Monate alter Kinder wurden so in 2 Wochen zur Heilung gebracht. Zur Unterstützung der Behandlung können die Eltern noch Morgens und Abends die Vorhaut des Kindes mit Daumen und Zeigefinger beider Hände in der Querrichtung fassen und mit allmählich stärker werdendem Zuge auseinander ziehen, wobei sie aber die Vorhaut vorher stark nach vorn ziehen müssen, damit die Eichel nicht mit gefasst wird. Bei Erwachsenen muss man Bougies zur Erweiterung benützen, mit dünnen Nummern beginnend; auch hier kommt man meist rasch zum Ziele.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904.

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** G. Winter: **Zur Behandlung des Aborts** [Schluss]: Die Entfernung des Eies setzt sich zusammen aus der Ablösung des Eies von der Uteruswand und der Elimination der gelösten Massen aus der Uterushöhle. Die Ablösung des Eies kann mit Finger und mit Curette ausgeführt werden. Beide Werkzeuge sind sehr verschieden in ihrer Wirkung und schliessen sich in ihrer Thätigkeit fast gegenseitig aus; es giebt wenig Fälle, welche mit beiden in gleich sicherer und gleich unschädlicher Weise erledigt werden können. Der Finger ist vorzüglich geeignet dafür, grössere Eimassen, also intacte Eier oder Eier mit gesprungener Eiblase im 2. bis 3. Monat oder Placenten, oder Placentastücke vom 3. Monat an abzulösen. Der Finger löst in denkbar schonendster Weise die Eitheile in der für die Lösung bestimmten Schicht von der Uteruswand ab. Dies kann die Curette niemals leisten; selbst die geübteste Hand fühlt mit der Curette nicht das Volumen und den Sitz des Eies im Uterus; es ist stets ein Abschaben aufs Gerathewohl. Ob die Curette im Eisack kratzt, ob sie in den Placentarmassen arbeitet, ist nicht leicht zu entscheiden; höchstens gelingt es einer geübten Hand, die Uteruswand mit der Curette zu palpiren und sich an ihr weiter zu tasten.

Die Curette wird deshalb bei Retention grösserer foetaler Massen niemals die Sicherheit geben können, dass alles abgelöst ist. Autor hat vielfach nach mehrmaliger Ausschabung noch grosse zurückgebliebene Eimassen vorgefunden. Ein weiterer Nachtheil der Curette bei Retention grösserer Eimassen sind die enormen Blutungen, welche man gelegentlich erlebt, wenn man beim Abschaben der Placenta eine grosse Arterie verletzt hat. Die grösste Gefahr aber ist die Verletzung der Uteruswand, die einer wenig geübten Hand leicht passiren kann. Der einzige Vortheil der Curette ist ihre Auskochbarkeit; sorgfältige Desinfection, Gummihandschuhe und die Erfahrung, dass nach manueller Abortausräumung Infection sehr selten ist, befreien uns vor Befürchtungen bei Anwendung des Fingers. Die Curette kann nur eine Aufgabe sicher erfüllen, die Abschabung der Decidua und kleiner in oder auf derselben sitzender Reste von foetalen Elementen; diese Aufgabe erfüllt sie sogar einfacher und sicherer als der Finger. Finger und Curette haben beide ihre Stellung in der künstlichen Beendigung des Aborts. Der richtigen Indicationsstellung muss aber eine richtige Diagnose auf die Art und auf die Masse der retinirten Theile vorausgehen. Dieselbe ist bei geschlossener Cervix, wo man auf eine Austastung verzichten muss, nicht leicht und bringt auch dem erfahrenen Diagnostiker gelegentlich Ueberraschungen. Findet man die Cervix geöffnet, so wird man natürlich stets den Finger einführen und sich direct über den Uterusinhalt unterrichten, um so eher, als es sich hier fast stets um Retention grösserer Eimassen handelt, welche ohnehin mit dem Finger zu entfernen sind. Die Sicherheit in der Diagnose und die Zuverlässigkeit der Fingerausräumung scheint Manchen zu veranlassen, in jedem Fall von künstlich zu beendendem Abort die geschlossene Cervix zu dilatiren und den Eirest dann mit dem Finger zu entfernen. Das ist zu weit gegangen. Wenn man aus dem Verlaufe des Aborts oder aus dem Untersuchungsbefund bestimmt darauf schliessen kann, dass der Uterus nur noch Decidua oder unbedeutende Foetaltheile enthält, so ist die Curette am Platz. Zu dieser Annahme ist man z. B. berechtigt, wenn der Uterus fast zur normalen Grösse zurückgekehrt ist und seine Weichheit vollständig verloren hat. In jedem diagnostisch zweifelhaften Fall ist Dilatation und Fingerausräumung der Curette vorzuziehen. Zangen dürfen nie verwendet werden, um Eitheile von der Uteruswand abzulösen! Bei der Entfernung der gelösten Eitheile müssen

ebenfalls die Methoden sich der Art der zu entfernenden Eitheile anpassen. Kleine Früchte holt man mit gekrümmtem Finger durch die genügend erweiterte Cervix heraus, grössere wendet man auf den Fuss und extrahirt sie. Dabei spielt uns aber die Zerreisslichkeit des embryonalen Körpers bisweilen böse Streiche, wenn nur der geringste Widerstand an der Cervix zu überwinden ist, reissen Kopf und Gliedmassen leicht ab. Solche Entfernungen von Früchten im 4.—5. Monat bei ungenügend erweiterter Cervix sind sehr schwierig und durch Dauer der Narkose, Blutverlust, Infectionsmöglichkeit oft gefährlich; man hüte sich vor solchen Eingriffen, wenn sie nicht streng indicirt sind. Hier bewährt sich ausserordentlich die Abortzange mit hohlen, löffelförmigen Branchen: dieselbe fasst unter Führung des Fingers sicher die Theile oder den abgerissenen Kopf. Einfacher gestaltet sich die Entfernung der gelösten Placenta oder Eitheile. Wenn die Cervix weit genug ist, nimmt der lösende Finger sie heraus; da hierbei der Finger hakenförmig gekrümmt sein muss, so gelingt es nicht mehr bei nur eben einen Finger durchlassender Cervix; dann exprimirt man die Theile. Da der Uterus für einen Eingriff von der Bauchdecke bis zum 4.—5. Monat zu klein ist und zu tief liegt, muss man bimanuell expromiren. Mässige Retroversionsstellung ist dabei nöthig; man retrovertirt und comprimirt den Uterus vom hinteren Scheidengewölbe und von den Bauchdecken oberhalb der gelösten Eimassen, also am Fundus. Dieser wunderbar arbeitende Handgriff findet Grenzen an der Härte und ungenügenden Weite des Cervix und an der Festigkeit der Eitheile, was bei länger retinirten Früchten oft genug der Fall ist. Hier greift man wieder zur Abortzange; sie ist für alle Fälle, wo die Expression gelöster Placenten oder Eitheile nicht oder nur schwer gelingt, warm zu empfehlen. Eine Verletzung des Uterus ist bei ihren stumpfen und breiten Enden ausgeschlossen. Daher sind auch solche mit scharfen Enden zu verwerfen, ebenso die Kornzange, die auch noch wegen ihrer schmalen Branchen gänzlich ungeeignet zum Fassen von Eitheilen ist und beim Abort überhaupt gänzlich ihre Rolle ausgespielt hat. Autor empfiehlt, die Entfernung des Eies in Narkose auszuführen, da häufig noch im Verlaufe der Operation ungeahnte Schwierigkeiten auftreten und den Frauen dadurch oft lebhafte Qualen erspart bleiben. Wann tritt nun aber die active Abortbehandlung in ihr Recht? Da man mittelst derselben den Abort in einer Sitzung oder, wenn Dilatation nothwendig, innerhalb

12—24 Stunden erledigen kann, so tritt sie an Stelle der exspectativen Behandlung, wo Eile nöthig, also bei Infection, starken Blutungen, event. auch bei sehr schlechtem Allgemeinzustand (z. B. schwerer Hyperemesis). Sobald die aus dem Uterus abgehenden Massen foetide riechen, oder wenn auch ohne eine durch den Geruch nachweisbare Zersetzung Temperaturerhöhung über 38,5° für mehrere Stunden auftritt, soll man den Uterus entleeren. Wenn stärkere Blutung auftritt, d. h. wenn Blut in grosser Menge abfliesst oder in grösseren Gerinnseln abgeht, so wird man ebenfalls am besten den Uterus entleeren, wenn auch Tamponade bei einer noch nicht anaemischen Frau kein Fehler ist. Man wird sich da nach der Cervix richten: lässt diese einen Finger durch, so wird man mit der Entfernung des Eies nicht säumen; ist sie noch ganz geschlossen, so wird man für 24 Stunden tamponiren dürfen und dann unter günstigen Umständen ausräumen. Bei geringer Blutung giebt der Inhalt des Uterus die Richtschnur ab: ist das ganze Ei noch darin, so warte man getrost auf die spontane Ausstossung, welche bei intactem Ei den Uteruscontractionen schliesslich oft genug gelingt; sind nur Reste vorhanden, so entfernt man sie am besten sofort. Der Grad der Blutung, die Art des im Uterus befindlichen Eitheils und die Durchgängigkeit der Cervix sind also die Gesichtspunkte, nach welchen man die Indication auf Entfernung des Eies zu stellen hat; die grosse Verschiedenheit dieser 3 Momente im Verlauf des Aborts bedingen die Schwierigkeit der Indicationsstellung im einzelnen Fall. Weniger schwierig ist die Wahl des Verfahrens: In erster Linie der Finger. Darin besteht kein Zweifel für die Fälle, wo die Wehen die Cervix geöffnet haben; hier nehme man immer den Finger und nur den Finger! Die principielle Anwendung der Curette nach der Fingerausräumung des Eies, wie sie von manchen empfohlen wird, ist durchaus unangebracht. Die Schwierigkeiten der Indicationsstellung für die Wahl des Verfahrens beginnen erst bei geschlossener Cervix, und hier werden in der Praxis die meisten Fehler gemacht. Der Grundsatz „bei offener Cervix der Finger, bei geschlossener die Curette“ ist falsch und sehr bedenklich. Wenn man bei geschlossener Cervix eingreifen muss — meist handelt es sich ja um Retention mit langdauernden, mässigen Blutungen oder mit Fieber — so dilatirt man und entfernt nun die Eitheile mit dem Finger. Mit der Curette operirt man nur dann, wenn man sicher nur Retention von Deci-

dua und kleinen Chorionpartikeln vermuthen kann. Vor der Dilatation beim Abort braucht sich kein Praktiker zu fürchten. Man wendet die Hegar'schen Dilatatorien an, wenn die Cervix zum Theil — vielleicht auf 1 cm Durchmesser in ganzer Länge — erweitert ist, und kann dieselbe dann unter vorsichtigem Erweitern in einer Sitzung für den Finger bequem durchgängig machen. Bei gänzlich geschlossener Cervix greife man lieber zum Laminariastift, den man ganz aseptisch, z. B. in Reagensgläsern ans Bett der Frau bringen oder an Ort und Stelle noch einmal auskochen kann. Man entfernt den Stift nach 12 bis höchstens 24 Stunden und findet dann die Cervix vollständig erweitert oder wenigstens soweit, dass man mit den Hegar'schen Dilatatorien nachweiten kann. Solche Erweiterungen sind aber bei afebrilen Aborten nur selten nöthig, wenn man nicht voreilig künstlich eingreift. Wenn man dem Grundsatz huldigt, dass man nur bei stärkeren Blutungen eingreift, so wird man meist durch die Wehen, welche die Blutung herbeigeführt hat, auch die Cervix so weit geöffnet finden, dass man mit dem Finger in den Uterus eindringen kann. Facit: Zur sicheren und gefahrlosen Beendigung des Aborts sind vor allem folgende Regeln zu beachten: Fort mit den gefährlichen Instrumenten, der Kornzange und der Curette am unrechten Ort; Einschränken der activen Behandlung auf die foetiden Aborte, auf Aborte mit starken Blutungen und Retentionen von Eitheilen mit langdauerndem Blutabgange; exspectative Behandlung unter Zuhülfenahme der Jodoformgazetamponade, solange es ohne Schaden möglich ist.

(Die Therapie der Gegenwart 1904 No. 2.)

— Ueber **centrale Schwangerschaftslähmungen der Mutter** lässt sich Hofrath Dr. R. v. Hösslin aus und behandelt erst diejenigen, bei welchen ein pathologisch-anatomischer Befund fehlt: die hysterischen Schwangerschaftslähmungen und die P. durch Myasthenia gravis. Die *hysterischen* sind sehr selten, was um so auffallender ist, als doch die psychischen Einflüsse der Gravidität bei einer hysterisch veranlagten Person allein schon genügen könnten, um Anfälle schwerer Hysterie auszulösen. Man macht vielfach den grossen Fehler und stellt aus der Flüchtigkeit der Lähmungserscheinungen die Diagnose Hysterie. Es ist dies nicht berechtigt, zumal es noch viele andere Formen der Schwangerschaftslähmungen giebt, welche sehr flüchtig sind und doch auf organischen Laesionen beruhen. Man kann

sagen: die meisten in der Schwangerschaft und im Wochenbett auftretenden P. müssen in Bezug auf ihren hysterischen Charakter mit Vorsicht aufgefasst werden, denn meist handelt es sich um P. auf organischer Basis; wir dürfen nur dann eine hysterische Lähmung hier annehmen, wenn dieselbe in kein anderes Krankheitsbild hineinpasst und eine organische Laesion sicher auszuschliessen ist. *Myasthenia gravis* ist wiederholt während der Gravidität enstanden, wiederholt nach der Entbindung oder nach langem Stillen. Besonders der Umstand, dass in mehreren Fällen die Myasthenie während einer Schwangerschaft oder im Anschluss an eine Geburt auftrat, dann in Besserung ausging und bei Wiederholung dieser Umstände exacerbirte oder sogar zum raschen Tod führte, muss uns daran denken lassen, dass hier aetiologische Beziehungen zwischen der Gravidität und der Myasthenie bestehen. Von den Schwangerschaftslähmungen, welche in Folge von organischen Veränderungen im Centralnervensystem entstehen, interessirt zunächst die *genuine Schwangerschaftsapoplexie.* Die Aetiologie dieser Apoplexieen ist nicht ganz klar. Heftiger Schreck, Ueberanstrengung, Uebermüdung werden als Ursachen angeführt. Lebensalter und Zahl der Schwangerschaften scheinen keine Rolle zu spielen. Manchmal muss eine individuelle Disposition vorhanden gewesen sein, indem die gleichen Frauen während mehrerer Schwangerschaften wiederholt von Apoplexie befallen wurden. Blutdruckschwankungen während der Geburt sind gewiss auch von Bedeutung, denn nicht selten erfolgte die Gehirnblutung intra partum. Dass ein Zusammenhang zwischen Apoplexie und Schwangerschaft bestand, wird dadurch wahrscheinlich, dass sich die Apoplexieen nicht gleichmässig auf die Schwangerschaftsmonate vertheilen, sondern fast ausnahmslos in die Zeit kurz vor der Geburt, während der Geburt und während des Wochenbettes fallen. Es ist möglich, dass eine mit der Gravidität Hand in Hand gehende Hypertrophie des Herzens und die grösseren Widerstände im Gefässsystem der unteren Extremitäten während der letzten Zeit der Gravidität von Einfluss ist; nicht ausgeschlossen ist auch eine Veränderung der Gefässe, bedingt durch toxische Wirkungen. Die Schwangerschaftsapoplexieen betreffen besonders die Centralganglien, die Seitenventrikel und Capsula interna. Die während der Geburt erfolgenden Blutergüsse sind nicht ausserordentlich gross. Die Apoplexie setzt plötzlich, meist ohne Vorboten ein, gewöhnlich mit Verlust des Sensoriums und einer Hemiplegie,

bei der auch Facialis und Hypoglossus betheiligt zu sein pflegen. Oft ist die Hemiplegie auch von Aphasie begleitet, letztere bildete mehrmals das einzige Symptom der Apoplexie. Der Verlauf richtet sich lediglich nach der Grösse der Blutung. Dass die Heilung, wenn sie eintritt, erst nach der Geburt einzutreten pflegt, kommt nur daher, dass die Blutung eben meist nur kurze Zeit vor der Geburt eintritt. Fällt sie in frühere Schwangerschaftsmonate, so kann die Heilung noch vor der Geburt eintreten. Die Prognose der intra partum erfolgenden Apoplexieen ist ganz infaust. Gering ist die Gefahr, dass eine vor der Geburt einsetzende Apoplexie während derselben recidivirt. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft tritt durch die Apoplexie nur ganz ausnahmsweise auf, ebenso ist auch eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht indicirt. Nur bei bestehender Lebensgefahr für die Mutter ist die Geburt künstlich einzuleiten oder zu beschleunigen, event. auch Sectio caesarea indicirt (schon mehrfach mit Erfolg ausgeführt). Die Ursachen der *albuminurischen Schwangerschaftslähmung* sind die mit der Albuminurie einhergehenden uraemischen Zustände. Es sind da 2 Kategorieen auseinanderzuhalten: die Fälle ohne und mit Gehirnblutungen. Bei den ersteren ergiebt sich als Ursache meist ein circumscriptes Oedem des Gehirns oder der Meningen, oder man muss einfach die Folgen der uraemischen Intoxication auf die nervösen Centralorgane als Ursache der P. annehmen. Bei den Fällen der 2. Kategorie finden sich Blutergüsse. Kleine Blutergüsse, die keine P. machen, finden sich häufig bei den Sectionen Eklamptischer: es kann aber auch zu grossen Blutungen kommen (diese sind aber viel seltener). Sie betreffen meist die Centralganglien, oft mit völliger Zertrümmerung oder Losreissung derselben, die Capsula interna und die Gehirnventrikel. Auch Blutungen in die Gehirnrinde, in die Brücke und submeningeale Blutungen sind beschrieben. Der Umstand, dass nicht selten mehrere Blutergüsse gefunden werden, spricht dafür, dass doch die Blutgefässe erkrankt sind. Oft wurden parenchymatöse Nephritis und Herzhypertrophie constatirt. Die albuminurischen P. kommen nicht ohne Vorboten: Kopfweh, Uebelkeiten, Erbrechen, auch Oedeme und Albuminurie, letztere nicht immer. Die P. erfolgen meist nach einem oder mehreren eklamptischen Anfällen, *sie* können aber letzteren schon vorausgehen oder letztere ganz ausbleiben. Wegen des gleichzeitigen schweren Comas werden die P. leicht übersehen. Dieselben sind meist hemi-

plegische, aber auch Monoplegie und Ponssymptome, Hemianopsie und Amaurose wurden öfters beobachtet; letztere kann so plötzlich entstehen, dass die Frauen glauben, das Licht sei ausgelöscht worden. Von differential-diagnostischem Interesse sind die in Folge der Rindenblutungen auch beobachteten Fälle von Rindenepilepsie. Der Verlauf der albuminurischen P. ist ein verschiedener, je nachdem es sich um Blutungen handelt oder nicht. In letzterem Fall ist ein rascher Wechsel in den Lähmungserscheinungen, auch ein schneller Rückgang derselben häufig. Auch nach vorübergehender, bedeutender Besserung kann noch rascher Tod erfolgen, aber häufig tritt völlige Genesung ein. Viel schlechter ist die Prognose bei den durch Blutungen bedingten P., die von vornherein auch viel vollständiger und andauernder sind; die während der Geburt entstandenen P. geben ganz infauste Prognose. Von 16 Fällen verliefen alle letal, überhaupt blieben von 40 Frauen mit albuminurischen Blutungen nur 11 am Leben; sogar 8—14 Tage nach dem Auftreten der Hemiplegie kommen noch plötzliche Todesfälle zur Beobachtung. In den meisten Fällen war wegen Lebensgefahr der Mutter Kunsthülfe nöthig; theils Zange und Wendung, theils Sectio caesarea. Auch für das Kind ist die Prognose eine schlechte. Nur in 3 Fällen konnte die spontane Geburt abgewartet werden. Nun zu den P. durch *Thrombose der Gehirngefässe.* Diese entsteht entweder in Folge von puerperalen Infectionen oder nach starken Metrorrhagieen nach der Geburt oder nach Abort. Selten kommt es zu Gehirnthrombosen während der Schwangerschaft selbst. Kommt es in Folge von abundanten Blutungen zu Thrombosen im Gehirn, so werden in erster Linie die grossen Gehirnblutleiter und die Venen der Meningen, aber auch die Gehirngefässe selbst betroffen. Liegt die Thrombose weiter zurück, so finden sich auch wohl Erweichungsherde. Seltener fand sich Atheromatose und Endarteriitis obliterans. Diese P. entwickeln sich langsam, Bewusstsein ist meist erhalten, grosse Schwankungen und auch rascher Rückgang der P. wurden wiederholt beobachtet. Die P. treten meist als Hemiplegie auf, die sich in der Regel in mehreren Nachschüben entwickelt. Wegen der Thrombose der Hirnsinus und Meningealgefässe, welche secundäre Blutungen auf die Gehirnoberfläche und in die Gehirnrinde zur Folge haben, gehen diese P. oft auch mit Convulsionen einher. In einzelnen Fällen war Hemianopsie das einzige Symptom. Die Prognose ist nicht zu schlecht; von 23 Fällen starben 10. Weil die Throm-

bose sich meist erst nach der Geburt entwickelt, ist das Kind auch nicht gefährdet. Diese P. gingen wiederholt in vollständige oder unvollständige Genesung aus. Die P. durch *Gehirnembolie* haben verschiedene Ursachen. Selten wird ein entzündlicher Thrombus bei infectiösen Beckenprocessen oder bei Phlegmasia alba dolens ins rechte Herz und von da durch ein offenes Septum in eine Gehirnarterie verschleppt, häufiger aber ist Endocarditis die Quelle der Embolie. Hier kommt in erster Linie in Betracht die ulceröse Endocarditis im Puerperium. Dann ist es ja bekannt, dass alte Endocarditiden oder alte Klappenfehler während der Gravidität recidiviren oder exacerbiren und so auch zu Embolieen der Gehirnarterien führen können. Nach Ollivier giebt es auch eine „schleichende Graviditätsendocarditis". Diese entwickelt sich ganz allmählich während der Gravidität mit Herzklopfen, Kurzathmigkeit, Auftreten eines blasenden, systolischen Geräusches an der Spitze, ganz wie sich die Endocarditis auch bei chron. Gelenkrheumatismus ganz allmählich entwickelt. Manchmal bedarf es auch mehrerer Graviditäten, um die klinische Erscheinung dieser Herzerkrankung deutlich zu machen. Bei Obductionen findet man die gleichen Veränderungen am Endocard, wie bei den rheumatischen Formen. Auch diese Graviditätsendocarditis kann zu Gehirnembolieen führen. Es wird sich empfehlen, dem so häufigen Herzklopfen der Schwangeren eine gewisse Beachtung zu schenken, und besonders dann, wenn es nicht am Ende der Schwangerschaft auftritt, wo mechanische Momente eine Rolle spielen mögen, an eine toxische Pathogenese zu denken, jedenfalls sich nicht zu schnell mit der Diagnose „nervös" abzufinden. Die embolischen P. beginnen plötzlich, können in jeder Periode der Schwangerschaft auftreten, jedoch häufiger auch zur Zeit der Geburt. Das Bewusstsein ist oft erhalten, grosse Schwankungen im Verlauf der Lähmung und rascher Rückgang kommen vor. Die Prognose ist günstiger, wenn es sich nicht um die ulceröse Endocarditis handelt. Von 16 Fällen bei anderen Endocarditiden verliefen nur 2 letal. Unterbrechung der Gravidität findet nicht statt, ein künstlicher Eingriff ist nur dann angezeigt, wenn Lebensgefahr für die Mutter besteht. Auch P. durch Gehirntumoren werden in der Schwangerschaft beobachtet, stehen aber mit ihr in keinem Zusammenhang. Dagegen in Abhängigkeit von derselben stehen diejenigen P., welche in Folge einer *Encephalitis* nach puerperalen Erkrankungen und in Folge von metastatischem *Gehirn-*

*abscess* bei Puerperalfieber entstehen. Prognose infaust. Von Christiani wurde 20mal die Entstehung einer *progressiven Paralyse* auf das Puerperium zurückgeführt. Man schliesst sich da wohl am Besten Jolly an, welcher bei einer solchen im Puerperium aufgetretenen Paralyse annahm, dass das Puerperium und die bei der Geburt und in den letzten Schwangerschaftswochen bestehenden Circulationsstörungen eine schon vorher bestehende und nur unvermerkt verlaufende Paralyse zu rascherer Entwickelung hat kommen lassen. (Schluss folgt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

— Ueber den **Werth der Gummihandschuhe bei manueller Placentarlösung** urtheilt Dr. K. Baisch, gestützt auf die in der Tübinger Frauenklinik seit 1897 gemachten Erfahrungen, sehr günstig. Die Mortalität nach diesem als die gefährlichste geburtshülfliche Operation geltenden Eingriffen betrug 0%, und auch die Zahl der normal verlaufenden Wochenbetten war weit höher, als diejenige in den Anstalten, wo ohne Handschuhe operirt wird. Da absolute Keimfreiheit der Hände nicht zu erzielen ist und gerade der Praktiker, da er oft erst in der höchsten Noth, wo Gefahr im Verzuge ist, gerufen wird, häufig genug kaum zur nothwendigsten Desinfection Zeit haben wird, so ist gerade ihm das Operiren mit Handschuhen dringend anzurathen. Neben gründlicher Reinigung der äusseren Genitalien und desinficirenden Scheidenausspülungen bildet das Operiren mit Gummihandschuhen die beste Prophylaxe gegen die Infectionsgefahr bei der manuellen Placentarlösung. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 6.)

— **Manuelle Placentarlösung ohne Gummihandschuhe,** zu diesem Capitel ergreift Prof. F. Ahlfeld das Wort. Derselbe ist schon früher zu ganz anderen Resultaten gelangt, als Baisch. Jetzt hat er seine Statistik bis zum Jahre 1904 vervollständigt und verfügt über 6800 Geburten mit 53 manuellen Placentarlösungen, die alle den spätesten Monaten oder dem Ende der Schwangerschaft angehören. Sämmtliche Placenten wurden aus dem Uteruscavum entfernt. Die Händedesinfection bestand seit 1895 ausschliesslich in der Heisswasser-Seife-Alkoholmethode. Handschuhe wurden in keinem Falle benützt. Von den 53 Frauen starben 5, alle 5 Fälle aber lagen so, dass der Tod nicht mit der Placentarlösung im Zusammenhang stand. Also auch hier verschuldete Mortalität = 0%, ein Vortheil des

Gebrauches der Gummihandschuhe nicht zu finden. Auch durch Zeitverlust bei Ausführung der Händedesinfection ging keine Frau zu Grunde, obwohl in dieser Beziehung dem Gebrauch eines Handschuhes die Berechtigung unter Umständen nicht abgesprochen werden kann. Wie weit ausserhalb der Anstalten, wo Infectionen nach Placentarlösungen an der Tagesordnung sind, der Handschuh nützt, zu entscheiden, steht noch keine Statistik zu Gebote. Autor will demnächst mit Vorschlägen kommen, die auch für diese Art der Praxis die Handschuhe entbehrlich erscheinen lassen. (Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 11.)

— Das **Erbrechen Schwangerer** wird nach Dr. Oehlschläger (Danzig) verursacht durch eine continuirliche Saftsecretion des Magens, die ihrerseits ausgelöst wird durch die Reizung der Magennerven, welche von der in stetiger Bewegung befindlichen Uterussubstanz, ausgeht. In den letzten Jahren hat sich nun gegen dies Leiden die Tinct. Strychni in Verbindung mit Natr. bicarb. als ausgezeichnetes Mittel bewährt. Autor giebt alle 2—3 Stunden 5 Tropfen in 1 Esslöffel Natronlösung, oder verschreibt:

Rp. Natr. bicarb. 8,0
Tinct. strychni 3,0
Aqu. dest. 150,0
Syr. cinnam. 30,0
S. 2—3stündl. 1 Esslöffel.

Er ist in den letzten Jahren stes damit ausgekommen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1904 No. 7.)

— Mit **Lactagol** als Mittel zur Vermehrung der Milchsecretion, war auch Dr. R. Mond (Hamburg) sehr zufrieden. Er gab das Präparat bei jeder Lactationsperiode. 3 Frauen bekamen es vom 2. Tage post partum ab und waren in vorzüglicher Weise im Stande, ihr Stillgeschäft auszuüben. 3mal handelte es sich um Frauen, die schon 1—2 Wochen gestillt hatten, die jedoch nicht im Stande waren, allein ihr Kind satt zu machen; hier gab es *einen* Misserfolg, allerdings bei einer sehr schwachen und zarten Person, die von vornherein zum Stillen untauglich erschien. In 2 Fällen endlich wurde Lactagol bei Frauen verwandt, bei denen die Milchsecretion schon zum grössten Theil versiegt war, und die durch Lactagol in den Stand gesetzt wurden, ihren Kindern wieder reichlich Nahrung zu geben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

Sepsis. Einen **Fall von Staphylokokkensepsis** beobachtete Stabsarzt Dr. O. Niedner (I. Medicin. Universitätsklinik in Berlin) bei einem 58jähr. Steinträger, der etwa 4 Wochen vor seiner (am 6. VII. 1903 erfolgten) Aufnahme in die Klinik dadurch einen Unfall erlitt, dass er, mit einer Last Steine beladen, von der Leiter stürzte, wobei er besonders mit der rechten Rücken- und Gesässseite auf den Boden aufschlug. Die durch den Sturz entstandenen Abschürfungen am rechten Arm und der rechten Hüfte verheilten schnell; es blieben angeblich Schmerzen im Kreuz und rechten Bein zurück, indessen so geringe, dass Pat. zunächst wieder arbeitete. Fast 14 Tage nach dem Unfall trieb ihn Zunahme der Schmerzen zum Arzt, der ihn zum Schröpfen zum Heilgehülfen schickte. Letzterer massirte jedoch die schmerzenden Stellen, worauf Verschlimmerung der Schmerzen, Kopfweh, Appetitlosigkeit, Erbrechen, bald auch heftige Durchfälle und Fieber sich zeigten. Nachdem diese Erscheinungen 10 Tage angehalten, kam Pat. in die Klinik, mit Klagen über Schmerzen im rechten Bein, namentlich im Knie- und Hüftgelenk, und über Leibschmerzen. Diese Gelenke zeigen keine Schwellung; es findet sich eine auf Druck schmerzhafte Stelle ohne deutliche Schwellung am unteren Rande des rechten Glutaeus maximus und am unteren Drittheil der Aussenseite des rechten Oberschenkels; das rechte Bein kann bei gestrecktem Knie nicht ganz bis zu einem rechten Winkel gebeugt werden. Das Gesicht des kräftigen Pat. lebhaft geröthet, Dyspnoe, gespannter, beschleunigter (100), aber regelmässiger, bisweilen deutlich dikroter Puls, Zunge bis auf Spitze und Ränder grauweiss belegt und trocken, Leib etwas aufgetrieben und allenthalben gleichmässig druckempfindlich, Leber den Rippenbogen um Fingerbreite überragend, Temp. 40,1°, Stuhl erbsensuppenartig, Urin 600 ccm, specif. Gewicht 1030, etwas Eiweiss, keine Diazoreaction. Also *ein Bild, sehr an Typhus abdominalis erinnernd* (die Unfallanamnese wurde erst einige Tage später eruirt) und um so mehr diesen Verdacht erregend, als 2 Arbeitscollegen des Pat. zur Zeit ebenfalls an Kreuzschmerzen und Durchfall erkrankt waren. Die bakteriologische Untersuchung aber wies das Fehlen von Typhusbacillen nach! In den nächsten Tagen blieb das Bild so ziemlich das gleiche, die Milzdämpfung wurde dazu grösser, der Puls ausgesprochen dikrot, zahlreiche Erbsensuppenstühle wurden entleert, Pat. wurde zeitweilig benommen und delirirte Nachts, so dass er sogar vom 9.—11. VII. auf die Delirantenabtheilung kam. Culturen

aus dem Blute blieben steril, im Sputum zahlreiche Pneumokokken. Am 11. VII. schwollen beide Parotiden zu wallnussgrossen, druckempfindlichen Tumoren an; eine durch Punction entnommene Probe der Geschwulst förderte Staphylokokkenreincultur zu Tage. Gleiches Resultat aus einer Blutprobe aus der Armvene. Während am 12. VII. noch beide Parotiden bis zu Faustgrösse anschwollen, bildete sich auch über dem rechten Trochanter eine über handtellergrosse, schmerzhafte Geschwulst und eine kleinere am Condyl. intern. des rechten Ellenbogens. Pat. wurde wieder benommen und collabirte schnell, so dass in der Nacht der Tod eintrat. Im Herzblut, im Eiter des Glutaealabscesses ausschliesslich Staphylokokken. Aehnelte schon das Krankheitsbild fast ganz dem des Typhus, so zeigte auch die Section, dass die Staphylokokkensepsis sich als Allgemeininfection mit vorzugsweiser Localisation im Darm charakterisirte, dessen lymphatischer Apparat ganz ähnlich wie beim Typhus afficirt erschien. Die differentialdiagnostische Entscheidung muss eben in solchen Fällen stets der bakteriologischen Untersuchung vorbehalten bleiben. Die Entwickelung der Infection liess sich hier mit grosser Sicherheit verfolgen. Der Sturz verursachte einen Bluterguss im rechten Glutaeus maximus neben mehreren Hautabschürfungen; von letzteren aus erfolgte eine Staphylokokkeninfection des Blutergusses, es entstand ein Abscess. Die Massage des Heilgehülfen förderte den Uebertritt des infectiösen Materials in die Blutbahn auf das nachdrücklichste. Krankheit und Tod waren also als unmittelbare Folge jenes Betriebsunfalles anzusehen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 4.)

— **Collargol als Prophylacticum gegen septische Processe** glaubt Dr. J. Camerer (Wertheim a. Main) empfehlen zu dürfen. Er wandte es bei 30 Wöchnerinnen, bei denen er manuell eingreifen musste, oder die durch langes Kreissen und öfteres Untersuchen gefährdet erschienen, die ersten 3 Tage an. Die Frauen gehörten der Landpraxis an, unter den Eingriffen waren 3 mal manuelle Placentarlösung, 4 mal Tamponaden bei atonischer Nachgeburtsblutung und 1 mal Naht eines Cervixrisses. Alle Frauen machten ein normales Wochenbett durch. Autor liess Credé'sche Salbe einreiben (2 mal täglich je 3 g in die Beine und auf dem Rücken 30—40 Minuten lang) der Einfachheit wegen und weil es bei der prophylaktischen Anwendung eher darauf ankommt, dass der Körper mit kleineren Mengen, aber ständig mit dem Silber imprägnirt wird.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904.)

**Puerperale S. behandelt mit Aronson's Antistreptokokkenserum** hat in einem Falle San.-R. Dr. Grochtmann (Wilmersdorf). Es handelte sich um einen sehr schweren Fall, welcher prognostisch auch deshalb sehr ungünstig lag, weil bei ausserordentlich schweren Allgemeinerscheinungen keine Localisation des septischen Processes zu finden war. Da Pat. schon mehrere Tage schwer krank war, konnte man auf eine erfolgreiche Bekämpfung des Processes nur durch grosse Dosen des Serums rechnen. Es wurden also sogleich 100 ccm eingespritzt (je 50 an jeder Seite des Bauches), und dieselben brachten die S. alsbald zum Stillstand. Bei schwerer Infection und spätem Beginn der Behandlung wird man wohl mit kleineren Dosen kaum etwas ausrichten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

**Tuberculose.** Eine **Modification der Sanosin-Behandlung** *(Thieucalyptol)* empfiehlt Dr. C. Kassel (Posen). Mit der von Danelius und Sommerfeld so warm empfohlenen Sanosin-Behandlung hat auch Kassel bemerkenswerthe subjective und objective Besserungen erzielt, doch erkannte er die Nothwendigkeit einer billigen Modification. Der Originalapparat besteht aus einem Spiritusbrenner mit drei ungefähr 3 cm hohen Stichflammen, welche eine Chamotteplatte erwärmen. Auf dieser befindet sich das Sanosin, dessen Dosirung der Grösse des Zimmers entsprechend sein muss. Der Brenner kostet mit zwei Platten und 20 Portionen des Pulvers 20 Mk., jede weitere Tube Sanosin 75 Pfg., das Inhaliren pro Tag 1.50 Mk., in grösseren Zimmern 3 Mk. und mehr. Die Chamotteplatten zerspringen leicht, wodurch eine Entwickelung von stark irritirendem Schwefeldioxyd entsteht. Diese Fehler rechtfertigen eine Modification, bei der ebenfalls langsame Verdampfung von Schwefel und Eucalyptus stattfindet, in folgender Mischung:

Rp. Sulfur. sublim. 85,0
Ol. Eucalypt. 7,0
Carb. tiliae 10,0

Hiervon kosten 100 g 1 Mk. Verwendet wird die Mischung je nach der Grösse des Zimmers in Dosen von 3—8 g, und zwar in folgender Weise: Auf einen 20 cm hohen Dreifuss legt man ein Stück Asbestpappe; diese verhindert das Anglühen des darauf gestellten Porcellantellers und somit das Verbrennen des Schwefels zu $SO_2$. Zwischen

Teller und Pulver legt man noch ein Stück Pergamentpapier, um bei den jedesmaligen Verdampfungen keinerlei Schwefelreste von den vorigen Inhalationen liegen zu haben; die geschmolzene Masse erkaltet nämlich nach Entfernung der Flamme zu einer harten Lavamasse und wird nun mit dem Papier fortgeworfen. Zur Erhitzung wird ein sogen. Siegellackbrenner benützt, dessen seitliche Oeffnung vernietet wird, und in dessen obere Fläche ein kleines Loch gestanzt wird, sodass eine senkrechte Stichflamme benützt werden kann. Der Pat. lernt es bald, die Entfernung der Flamme von der Asbestplatte zu reguliren, um möglichst langsame Verdampfung zu erzielen. Wie bei Sanosin tritt auch hier bei den ersten Einathmungen „Beklemmung auf der Brust“ auf, worauf die Pat. aufmerksam zu machen sind. Die Pat. halten sich anfangs nur 10 Minuten in dem mit Dampf geschwängerten Raume auf und können diese Zeit bald beliebig lange ausdehnen. Die Inhalation findet 2 mal täglich statt. Schon nach wenigen Sitzungen hebt sich der Appetit, verschwindet der Husten und Nachtschweiss.

(Therap. Monatshefte, Februar 1904.)

— Die **Hetoltherapie** betreibt Dr. G. Brasch (Berlin) seit 4 Jahren, nachdem er sie bei Landerer selbst studirt. Er hat dies nie bereut, denn er hat das Hetol als das zur Zeit beste Mittel gegen T. schätzen gelernt. Zu den intravenösen Hetolinjectionen verwendet man 1%ige, 2%ige oder 5%ige Lösung von Hetol, wie sie die Fabrik Kalle & Co. in kleinen Glastuben von ca. 1 ccm Inhalt sterilisirt und gebrauchsfertig in den Handel bringt (je 12 solcher Tuben in einem Carton). Der Inhalt einer solchen Tube muss hintereinander verbraucht werden, ein etwaiger Rest ist wegzugiessen, was desto eher geschehen kann bei dem geringen Preis (Carton 2 Mk.). Die Injectionen werden mit einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze gemacht, welche nur zu diesem Zwecke verwandt werden darf und dauernd in sterilisirtem Wasser (in einer Petri'schen Schale) liegt; die Canülen, die ebenfalls keinem anderen Zwecke dienen dürfen, lässt Autor dauernd in Alkohol absolut. liegen. Eine Gummibinde wird nicht zu fest um den einen Oberarm gelegt, sodass die Venen deutlich hervortreten, das freie Ende der Binde hält der Pat., falls man ohne Assistenz arbeitet, mit der anderen Hand selbst. Dann wird die Ellbeuge kräftig mit Aether abgerieben, nach erfolgter Injection die Stichstelle mit Gaze bedeckt, die

durch einige Bindentouren befestigt wird, die einige Stunden liegen bleiben. Die Injection in die Ader will erlernt sein; bei einiger Uebung aber ist sie nicht schwer ausführbar, für den Pat. absolut schmerzlos und ohne jede Gefahr. Autor injicirt 3 mal wöchentlich Hetol in allmählich steigender Dosis. Angefangen wird mit 1 mg (ein Theilstrich der Spritze bei 1%iger Lösung) und von Injection zu Injection um 0,5—1 mg gestiegen, meist nur bis zur Maximaldosis von 10 mg (selten bis 15—20 mg). Schon nach einigen Wochen lassen Nachtschweisse, Husten, Mattigkeit, Appetitlosigkeit u. s. w. nach, die Pat. kommen wieder ihrer Beschäftigung nach, nehmen an Gewicht zu; nach 5—6 wöchentlicher Cur in geeigneten Fällen Heilung. Autor hat 52 Pat. so behandelt (darunter zwei Kinder von 11 resp. 4 Jahren) mit mindestens 6000 Injectionen, von denen keine einzige eine Störung hervorrief, sodass man sagen kann, die Hetolcur sei, falls man die Technik beherrscht und sich ganz nach den Vorschriften Landerer's richtet, vollkommen ungefährlich. Was die Erfolge anbelangt, so zeigten die Erfahrungen, dass diejenigen Lungenleidenden, welche fieberfrei sind, mässig vorgeschrittene Lungenveränderungen aufweisen, und deren Ernährungszustand noch nicht erheblich herabgesetzt ist, fast durchweg Aussicht auf Genesung haben, aber auch fieberfreie Pat. mit weit vorgeschrittenen Veränderungen noch auf wirthschaftliche Heilung rechnen dürfen, und auch fiebernde Pat. noch erheblich gebessert werden können; ungeeignet für die Behandlung ist die sogen. galoppirende Schwindsucht.

**(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 9.)**

**Typhus abdominalis.** Ueber das **Vorkommen von Typhusbacillen in den Faeces und dem Urin von Typhusreconvalescenten** hat Oberarzt Dr. Herbert (Bakteriolog. Laboratorium des Kgl. Württemb. Medicinalcollegiums) bei 98 Reconvalescenten Untersuchungen angestellt. Der ersten Untersuchung, welche 1—2 Wochen nach dem vollständigen Schwinden des Fiebers stattfand, folgte nach 8 Tagen eine zweite. Ergaben beide ein negatives Resultat, so galten die Entleerungen des Pat. als bacillenfrei; war eine derselben positiv, so wurden sie solange fortgesetzt, bis zwei, welche durch einen Zwischenraum von 8 Tagen getrennt sein mussten, negativ ausfielen. Von den 98 Reconvalescenten gelangte der Urin 228 mal, der Stuhl 216 mal zur Verarbeitung. Typhusbacillen fanden sich im Urin bei 18 Pat. (18%), und

zwar bei der ersten Untersuchung allein 12 mal, bei der zweiten allein 4 mal, bei der zweiten und vierten 2 mal. Im Stuhl wurden Typhusbacillen nur bei drei Pat. nachgewiesen (3%), je 1 mal bei der ersten und zweiten und 1 mal bei der zweiten und fünften Untersuchung. Von dieser letzteren abgesehen, gab bei allen drei Pat. zu gleicher Zeit auch der Urin einen positiven Befund. Im Urin wurden die Bacillen immer in grosser Anzahl, theilweise in Reincultur angetroffen, im Stuhle waren sie dagegen immer nur in geringer Menge vorhanden. Besonderes Interesse bot ein Pat. Bei der ersten Untersuchung fanden sich weder in seinem Urin, noch in seinen Faeces Typhusbacillen, die zweite ergab bei beiden ein positives Resultat, die dritte war wieder ergebnisslos, beim vierten Mal wurden noch im Urin, beim fünften Mal noch in den Faeces Bacillen nachgewiesen, also noch 6 Wochen nach dem ersten fieberfreien Tage. Seine Erkrankung war mittelschwer gewesen und von einem leichten Recidiv gefolgt; in seiner Reconvalescenz sah er immer schlecht aus und litt häufig an Diarrhoe. Von den übrigen Pat., in deren Entleerungen sich Bacillen nachweisen liessen, waren vier leicht, elf mittel und drei leicht krank gewesen. Neun derselben hatten Recidive. Man kann also sagen, dass bei schwerer Erkrankten und solchen, welche ein Recidiv bekommen, ein Schwinden der Typhusbacillen aus dem Körper später zu erwarten ist, als bei Leichtkranken. Von grosser praktischer Bedeutung für die Bekämpfung des T. ist die Thatsache, dass das Vorkommen von Typhusbacillen bei Reconvalescenten hauptsächlich auf den Urin beschränkt ist. Wichtig ist ferner das Ergebniss, dass positive Befunde, abgesehen von dem geschilderten Falle, nur in den ersten 4 Wochen der Reconvalescenz vorkommen. Die Zahl der fieberfreien Tage bis zum letzten Nachweis der Typhusbacillen im Urin und Stuhl schwankt zwischen 8 und 27 Tagen, beträgt im Durchschnitt 15 Tage. Im 2. Monat der Reconvalescenz waren also mit einer einzigen Ausnahme die Entleerungen sämmtlicher Pat. bacillenfrei.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 11.)

— **Sanatogen bei T.** hat Prof. Dr. Ewald (Berlin) angewandt und untersucht, wie hier das Präparat resorbirt wird. Die Resorption war eine sehr günstige, und es zeigte sich, dass die Resorption stickstoffhaltigen, leicht löslichen Materials in dem Fieberstadium eines T. prompt von

statten gehen kann und sich nicht wesentlich von der eines Gesunden unterscheidet. Nach diesen Versuchen dürfte sich also Sanatogen wie überhaupt in chronischen Schwächezuständen so auch in acuten fieberhaften Krankheiten und speciell im T. zur Anreicherung der Diaet wegen seiner guten Resorbirbarkeit und Reizlosigkeit empfehlen.

(Zeitschrift für diaetetische u. physikal. Therapie. Bd. VII, Heft 10.)

---

# Vermischtes.

— Ueber **Behandlung einer Pylorusstenose mit Thiosinamin** macht Dr. A. Hartz (Karlsruhe) Mittheilung. Der 56jähr. Pat. litt Jahre lang an sehr schweren Magenerscheinungen, gegen welche die verschiedensten therapeutischen Mittel sich als machtlos erwiesen. Prof. Fleiner hatte die Diagnose auf narbige Verengerung des Magenausganges, secundäre Magenerweiterung und motorische Insufficienz gestellt; nachdem auch seine therapeutischen Maassnahmen erfolglos geblieben, rieth er als einziges Mittel die Operation an. Hartz versuchte es noch mit Thiosinamin, indem er in Zwischenräumen von einigen Tagen eine Pravaz'sche Spritze einer 15%igen alkoholischen Lösung in den Rücken injicirte. Diese Injectionen wirkten geradezu staunenswerth, der Zustand besserte sich mehr und mehr, und jetzt, nachdem 23 Injectionen gemacht, hat Pat. keine Beschwerden mehr, Nahrungsaufnahme und Verdauung sind normal, das Körpergewicht nimmt stetig zu. Autor ist davon überzeugt, dass Thiosinamin noch eine grosse Rolle spielen wird bei allen narbigen Zuständen, so besonders auch in der Gynaekologie bei den narbigen Veränderungen der Beckenorgane und des Beckenbindegewebes; bei pleuritischen, pericarditischen und peritonealen Verwachsungen, Harnröhren- und Oesophagusstricturen, cirrhotischen Veränderungen u. s. w.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 8.)

— **Aspirin in der Frauenpraxis** hat Dr. L. Góth (Frauenklinik Klausenburg) mit gutem Erfolge angewandt und gelangte, sich auf 276 Beobachtungen stützend, zu folgenden Schlüssen:

1. Aspirin wirkt in verlässlicher Weise schmerzstillend bei inoperablem *Uteruskrebs*, bei *Dysmenorrhoe* verschiedenen Ursprungs. Es lindert sehr pünktlich und ohne schädliche Folgen die während des Säugens und sonst auftretenden *Nachwehen*, das nach *Curettement* und *Behandlung des Cavum uteri* vorkommende „Kneipen", die durch *Eiterungen* verursachten Schmerzen. Weniger verlässlich ist es, bewährt sich aber oft genug bei den mit *gonorrhoischen* Entzündungen einhergehenden Schmerzen.
2. Aspirin hat zweifellos eine beruhigende Wirkung, welche besonders in jenen Fällen zum Ausdruck gelangt, wo ohne vollständige Unterdrückung der Schmerzen die Beruhigung der Kranken augenfällig ist.
3. Die entsprechendste Form zum Gebrauch ist die in Original-Bayer'schen Tabletten zu 0,5 g, und ist es am zweckmässigsten, ½ stündlich 1 Stück nehmen zu lassen, bis die Schmerzen nachlassen. Wenn die ersten 4 Dosen nicht wirken, ist auch von einer weiteren Steigerung des eingenommenen Quantums kein Erfolg zu erhoffen. Eine von der beschriebenen abweichenden Art der Verordnung ist bei Carcinomen indicirt, da 1 g Aspirin auf einmal genommen eine länger andauernde Unterbrechung der Schmerzen ergiebt.
4. Ein weiterer Vortheil der gynaekologischen Anwendung des Aspirin liegt darin, dass es in so geringen Mengen seiner Aufgabe entsprechen kann, dass die Nebenwirkungen den Pat. nur vereinzelt Unannehmlichkeiten verursachen. (Medicin. Blätter 1904 No. 6).

— **Berichtigung.** Durch ein Versehen der Druckerei ist der auf Seite 370 abgedruckte Artikel von R. v. Hösslin in diese Rubrik gekonmmen, statt zu „*Paralysen*", wofür er bestimmt war. „P." bedeutet daher „Paralysen".

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
[A]nfang eines jeden Monats.

№ 9.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juni XIII. Jahrgang 1904.

**Anaesthesie, Narkose.** Auf Rath Girard's hat W. E. v. Rodt die von Laborde in der Sitzung der „Académie de médecine de Paris" vom 14. Mai 1901 behauptete **günstige Wirkung von Musik auf den Verlauf der Narkose** nachgeprüft. Er kam dabei zu positiven Resultaten auf Grund von 300 Untersuchungen, die an Narkotisirten ausgeführt wurden, welche dem Einfluss von Musik ausgesetzt waren. Neben der Beobachtung des Verlaufes der Narkose in ihren verschiedenen Stadien, wie des Befindens der Pat. nach derselben, wurden auch Blutdruckuntersuchungen mittels des Gärtner'schen Tonometers ausgeführt. Die Musik wurde durch einen Phonographen geliefert, dessen Hörschläuche mit den Ohren des Pat. verbunden wurden. Die Resultate fasst Autor in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Die Narkose wird durch Combination mit Musik beeinflusst. Die Versuche mit dem Gärtner'schen Tonometer beweisen dies, und zwar steigt der Blutdruck mit dem Einsetzen der Musik.
2. Die Narkose ist viel ruhiger und gleichmässiger.
3. Das Excitationsstadium ist bedeutend reducirt.
4. Das Erbrechen während der Narkose fällt in den meisten Fällen weg, ebenso ist die Nausea nach dem Erwachen nicht nur weniger häufig, sondern tritt auch mit geringerer Intensität auf.
5. Fast alle Pat., die schon früher einmal mit Aether oder Chloroform Bekanntschaft gemacht haben, ziehen die Musik-Narkose einer gewöhnlichen vor und geben nachher ihrer Befriedigung über diese Empfindung Ausdruck.

(Inaug. Dissert. Bern 1903. — Centralbl. f. Gynaekologie 1904 No. 8.)

— Die **Frühnarkose** empfiehlt von neuem Oberarzt Dr. C. Hofmann (Josephs-Hospital in Köln). Bei jeder Narkose tritt ein gewisses, früher übersehenes narkotisches Vorstadium ein, und in diesem kann man kürzere Eingriffe vornehmen. Besonders in die Erscheinung tritt dieses vorübergehende Stadium bei äusserst geringem Verbrauch der Narkotica, also bei tropfenweiser Darreichung sei es des Aethers, Chloroforms, von Mischung u. dgl. Nehmen wir mal eine Morphium-Aethertropfnarkose an. Eine Stunde vor Beginn der Narkose erhält Pat. 0,01—0,02 Morph. mur. subcutan, je nach Alter, Constitution, Gewöhnung etc. variirend. Bis zum Beginn der Narkose liegt er im Bett. In horizontaler Lage wird er dann narkotisirt. Eine gazeüberzogene Schimmelbuschmaske wird lose ihm aufs Gesicht gelegt, und zwar so, dass die Augen von der überhängenden Gaze verdeckt sind. Nunmehr wird er aufgefordert, langsam und laut von 200 rückwärts zu zählen. Sobald regelmässig und tief zwischen je zwei Zahlen geathmet wird, beginnt man langsam und tropfenweise Aether aufzuträufeln. Pat. zählt zuerst ruhig, allmählich wird er etwas unsicher, wiederholt vielleicht dieselbe Zahl mehrmals oder zählt unsicher und falsch, um dann ganz aufzuhören. Dabei vertiefen sich meist die Athemzüge wie im Schlaf, und hebt man einen Arm auf, so bemerkt man meist eine völlige Erschlaffung der Musculatur. Das ist das Stadium der Frühnarkose. Man kann in ihm recht schmerzhafte, wenn auch nur kurz dauernde Eingriffe vornehmen, ohne dass Abwehrbewegungen ausgeführt werden. Nach 10—20 Secunden, manchmal allerdings erst nach 1—2 Minuten ändert sich das Bild, es setzen Abwehrbewegungen ein, und das Toleranzstadium, das bis dahin bestand, lässt sich auch nicht durch weiteres Narkotisiren verlängern. Es dauert gar nicht lange, bis die Frühnarkose eintritt; meist zählen die Pat. kaum bis 100, seltener darunter. Der Verbrauch an Aether ist ein geringer. Nach Abnahme der Maske ist Pat. auf Anrufen sofort bei Besinnung und ist erstaunt, dass die Operation schon vorüber. Er glaubt oft, dass sie $^1/_2$ Stunde gedauert habe, während thatsächlich nur 2—3 Minuten vergangen sind, ein Beweis für die Aufhebung der bewussten Empfindung. Zweifellos tritt in der Frühnarkose zum mindesten eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung bis völlige Analgesie ein, das Bewusstsein ist beeinträchtigt, die Musculatur völlig erschlafft. Besonders das Wiedereintreten der Muskelspannung zeigt das Ablaufen der Frühnarkose

an. In erster Linie giebt wohl die Muskelerschlaffung die Ursache für das Fehlen der Abwehrbewegungen ab. Es kann vorkommen, dass z. B. bei einer Incision ein Schrei erfolgt, der Pat. sich im übrigen nicht regt; hinterher erfährt man wohl, dass das Schneiden, allerdings ohne besonderen Schmerz, bemerkt worden sei, aber es sei nicht möglich gewesen, sich zu wehren. Jedenfalls besitzen wir in der Frühnarkose ein sehr einfaches, fast ausnahmslos zuverlässiges und ungefährliches Mittel, ein Toleranzstadium herzustellen, in dem wir kurzdauernde, wenn auch sehr schmerzhafte Operationen glatt ausführen können. Freilich tritt die Frühnarkose nicht bei allen Pat. gleich intensiv ein, gelegentlich kommt auch ein Versagen vor. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Frühnarkose in erster Linie in der poliklinischen Thätigkeit zur Anwendung kommt, wo man die Pat. nicht nüchtern hat und auch kein Morphium vorher gereicht werden kann. Autor lässt jetzt jedes Panaritium in Frühnarkose spalten; ebenso sind Abscesse, Phlegmonen, Spalten von Hautunterminirungen, Fistelauskratzungen, Fingeramputationen und -Exarticulationen etc. geeignete Objecte, wo die Localanaesthesie besser durch die Frühnarkose ersetzt wird. Erstere wendet Autor dagegen bei Exstirpation kleinerer Geschwülste, Excision von Narben, kleineren plastischen Operationen u. dgl. an, wo man schon aus kosmetischen Gründen hinterher exact nähen muss, wozu die Frühnarkose nicht lange genug anhält. Zeit, poliklinischen Pat. Morphium zu geben, ist nicht da, man muss da das Morphium bei der Narkose selbst durch Chloroform ersetzen. Man verfährt so wie oben angegeben, und wartet, ob nach 1—3 Minuten auf blosses Aetherauftropfen die Frühnarkose eintritt. Thut sie es nicht, so tropft man langsam jetzt Chloroform auf, worauf sehr bald eine vorzügliche Frühnarkose sich entwickelt. Auch hier werden die Pat. sehr rasch wieder wach und erbrechen, obwohl nicht nüchtern, nur ausnahmsweise, besonders wenn man sie auch während des Verbandanlegens sich nicht aufsetzen lässt. Auch Kinder vertragen die Frühnarkose sehr gut, und man erleichtert sich durch letztere manchen Eingriff sehr gut. Diese Art der Frühnarkose mit Aether und Chloroform als Unterstützungsmittel (meist genügen wenige Tropfen) ist die empfehlenswertheste und sicherer als alle Modificationen, auch diejenige mit Morphium.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

— Die **Aethertropfnarkose** wurde, wie Dr. Er. Barten mittheilt, im Städt. Krankenhause Stralsund im Jahre 1903 bei 428 Fällen ausgeführt, und zwar mit bestem Erfolge. Es ergab sich, dass mit zunehmender Uebung der Verbrauch an Aether sich bedeutend vermindert. Chloroform wurde im Maximum zu 4,5 g bei einer $1^1/_2$ stündigen, mühseligen Sarkomexstirpation am Unterschenkel verbraucht. Meist genügten wenige Tropfen. In 100 Fällen wurde überhaupt kein Chloroform gegeben; es handelte sich dabei gewöhnlich um kleinere Eingriffe, doch wurden auch grössere so ausgeführt. Die durchschnittliche Dauer dieser ohne Chloroform durchgeführten Aethertropfnarkosen betrug 21 Minuten mit einem Aetherverbrauch von 25 g; die Toleranz war in allen Fällen eine totale. Morphium wurde nie vorher injicirt. Collapserscheinungen wurden nie gesehen, ebensowenig Bronchitiden und Pneumonieen bei vorher gesunden Lungen, und selbst bei chron. Entzündungen des Respirationstractus keine Verschlimmerung, im Gegentheil wurde beobachtet, dass alle Katarrhe der Bronchien nach der Narkose zur Heilung kamen, indem die Secretion zuerst stärker, weniger zäh wurde, dann allmählich sistirte; dieser Umstand veranlasste sogar, alte Bronchitiden mit Einathmen von Aether, auf Wattebäusche gegossen, zu behandeln, und wurden in einzelnen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt. Das Erbrechen der Operirten liess sich nicht allemal vermeiden, jedenfalls aber fühlten sich die Pat. viel wohler, als nach der Chloroformnarkose; sehr viele Pat. sind nach dem Erwachen vollkommen munter, essen sofort mit Appetit u. s. w. Am hervorragendsten zeigen sich jedoch die Vortheile des Aethers gegenüber dem Chloroform bei körperlich heruntergekommenen Pat. Wegen der erwiesenen Unschädlichkeit der Aethertropfnarkose wird diese auch jetzt in vielen Fällen angewendet, wo früher locale Anaesthetica applicirt wurden, da offenbar die Ausschaltung des Bewusstseins besonders bei empfindlichen und ängstlichen Pat. ein wesentlicher Factor für einen glatten Verlauf der Operation ist. Jedenfalls kann man sagen: Die Aethertropfnarkose ist bei grösster Einfachheit der Anwendung die gefahrloseste Narkose, die bis jetzt existirt. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

— Die **combinirte Aether-Chloroform-Narkose mit der Sudeck'schen Aethermaske** empfiehlt als sehr zweckmässig Dr. M. Madlener (Districtsspital), Kempten. Aether und Chloroform werden auf ein über dem Inspirationsventil

dieser Maske liegendes Stückchen Gaze getropft. Durch diese Gaze streicht die Inspirationsluft. Die Luftzufuhr ist unbehindert, jedoch bewegt sich der Luftstrom in engeren Bahnen als bei der gewöhnlichen Maske und mischt sich damit etwas inniger mit dem Narcoticum. Die Exspirationsluft entweicht durch ein eigenes Ventil. 1/4 Stunde vor Beginn der Narkose erhalten Erwachsene 0,01—0,015 Morphin subcutan. Es wird zunächst die Maske dem Gesicht des Pat. mit leichtem Druck aufgesetzt. Das Klappen der Ventile zeigt den sicheren Abschluss und die richtige Function der Maske an. Man lässt zunächst den Pat., um ihn an die Maske zu gewöhnen, ein paar Athemzüge ohne Narcoticum machen und giebt dann tropfenweise mehrere Gramm Aether (ca. 80 Tropfen in der Minute). Tritt der Aetherrausch ein, so werden langsam 40—60 Tropfen Chloroform gereicht (ca. 50 Tropfen in der Minute). Dann wird wieder zu Aether übergegangen und erst bei verzögertem Eintritt der Toleranz oder bei Nachlass der Toleranz wieder Chloroform (30—60 Tropfen) gegeben, worauf Aether weitergetropft wird. Mit diesem Verfahren erzielt man sehr schöne Narkosen. Der Eintritt der Toleranz erfolgt zwar nicht so rasch, wie bei der alten Aether- oder Chloroformnarkose, jedoch wesentlich rascher als beim Witzel'schen Verfahren. Wegen der geringen Menge des unter genügender Luftzufuhr verwendeten Aethers und Chloroforms werden diese Narkosen gut ertragen. Die Maske ist handlich, sterilisirbar und nicht theuer (Mk. 13.50). Autor hat das Verfahren schon ca. 90mal erprobt. Der Durchschnittsverbrauch von Aether betrug nur 63 g, an Chloroform 3,4 g. Unter den Operationen befinden sich z. B. Laparotomieen, Mammaexstirpationen, Radicaloperation von Hernien, Castration, Exstirpation von Tumoren u. s. w.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 14.)

## Antisepsis, Asepsis, Desinfection.

Ueber eine **Modification der aseptischen Kathetereinführung** berichtet J. Swiatecki (Kindlein Jesu-Hospital Warschau). Ein Hauptnachtheil des weichen Nélaton-Katheters besteht darin, dass das Instrument, um in die Harnröhre eingeführt zu werden, mit den Fingern in der Nähe der Spitze, d. h. jenes Theiles, welcher unmittelbar mit Harnröhre und Blase in Berührung kommt, gefasst werden muss. Seit Jahren übt nun Autor eine Methode aus,

durch welche eine Infection der Harnröhre ausgeschlossen ist: er führt den Katheter mittelst anatomischer ausgekochter Pincette ein. Mit zwei oder drei Fingern der linken Hand wird das Pavillonende des Katheters, welches ja mit der Harnröhre nicht in Contact kommt, erfasst; dann wird der Katheter mittelst der Pincette mit sterilisirtem Vaselin bestrichen; schliesslich wieder selbst mit der Pincette (am besten nimmt man eine lange „gynaekologische") in der Nähe der Spitze gefasst und die linke Hand freigemacht, indem das Pavillonende des Katheters zwischen Daumen der rechten Hand und die Pincette gegebracht wird. Der Katheter nimmt dann die Gestalt eines C, mit der Pincette jedoch eines D an. Während dann die linke Hand das Glied umfasst, wird das Ende des Katheters in die Harnröhrenmündung eingeführt und dann das Instrument mit der Pincette einfach weitergeschoben. Auch die Pat. selbst lernen die Manipulation leicht.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 7.)

— Ueber **Gleitmittel für Katheter, Bougies etc.** schreibt Dr. A. Strauss (Barmen). Katheterpurin wäre ein gutes Mittel, wenn es nicht so schlecht an den Instrumenten haftete, dass, wenn man es nicht mit den Fingern an ihnen verreibt, es meist in Klumpen zu Boden fällt, ohne herunter zu gleiten. Aus denselben Stoffen erhält man aber ein geradezu ideales Gleitmittel, wenn man sie derartig mischt, dass sie die Consistenz eines dicken Oeles erhalten. Das ist der Fall bei folgender Formel:

Rp. Tragacanth. 1,5
Tere c. Aq. frigida 50,0
Adde Glycerin. ad 100,0
Coque ad sterilisat.
Adde Hydrarg. oxycyanat. 0,2
(s. Formalin 0,1).

Dies gewährleistet vollkommene Sterilität, ist reizlos und greift die Instrumente nicht an, macht sie aber überaus schlüpfrig. Man fasst das Instrument mit der einen Hand an seinem hinteren Ende, giesst mit der anderen einen Tropfen auf seine Mitte und lässt ihn heruntergleiten.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1904, Heft 1.)

— **Sanoform als Wundheilmittel** lobt Dr. F. Burchard (Berlin). Er hat Sanoformpulver resp. 10%ige Salbe oder Sanoformgaze mit bestem Erfolge bei frischen Wunden, Fisteln und

Abscessen, Ulcus molle, Ulcus cruris etc. angewandt und gefunden, dass das Mittel dem Jodoform an Heilwerth mindestens ebenbürtig ist, ohne auch nur eine von dessen unangenehmen Eigenschaften zu besitzen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— Ueber **Collargol-Tabletten** schreibt Dr. Credé (Dresden): Die neuerdings hergestellten, in praktischen kleinen Packungen käuflichen Tabletten zu 0,05 Collargol entheben den Arzt der Mühe, für die verschiedenen Erkrankungen mehrere Antiseptica halten zu müssen, da kein Fall denkbar ist, wo Collargol nicht anwendbar und wirksam wäre. Frische Wunden können ganz in Ruhe gelassen werden; nur ihre Umgebung braucht mit Seifenwasser oder Collargolwasser 1 : 5000 (zwei Tabletten in 500 g reinen Wassers) gereinigt zu werden, während man in die Wunde, je nach ihrer Grösse und Bedeutung, ½—3 Collargol-Tabletten einlegt und dann mit steriler Gaze oder sonst einem reinen Verbandstoff bedeckt. Die Tablette zergeht ganz langsam, macht das Wundsecret zu einem absolut sterilen, wirkt durch Resorption in die Ferne und macht aus dem bedeckenden Verbandstoff einen antiseptischen, braun aussehenden Stoff. Gequetschte Wunden bekommen darüber in den ersten Tagen einen Priessnitz'schen Verband, andere einen trockenen. Bei Erneuerung des Verbandes legt man so lange noch Tabletten ein, bis die reactionslose Heilung gesichert erscheint. Mit starken Lösungen von 1:100—500 (2—10 Tabletten auf 50,0 Wasser) wäscht man grössere septische Wunden, Abscesshöhlen, alle Körperhöhlen aus, event. mit Zurücklassung von Lösung in denselben. Theelöffelweise setzt man von solcher Collargollösung der Nahrung zu bei infectiösen Magen-Darmerkrankungen, Magengeschwüren u. s. w., wobei man jedoch auch mehrmals täglich Tabletten in Substanz in Brod oder dergleichen eingehüllt geben kann. 50,0—100,0 dieser Lösung verabreicht man ferner als Klysma bei septischen Erkrankungen, da wo eine Silberschmiercur oder die intravenöse Anwendung Schwierigkeiten macht. Durch Eintauchen von Verbandmull in diese Lösung stellt man sich einen sofort anwendbaren antiseptischen Verbandstoff dar. Die schwächeren Lösungen von 1 : 5000—10000 (1—2 Tabletten auf 500,0 Wasser) dienen zu reizlosen Spülungen der Wunden, der Eiterhöhlen, der Gelenke, der Blase, der Brusthöhle, der Bauchhöhle, sowie bei Augen-, Ohren-, Nasen-, Mund-, Zahn- und Geschlechts-

krankheiten. Mit ihnen macht man feuchte antiseptische Umschläge, wäscht die Haut des Kranken, die Hände, die Instrumente u. s. w. Niemals ist ein Reiz, eine Vergiftung oder eine Argyrose zu befürchten und die braunen Flecke in der Wäsche verschwinden durch das gewöhnliche Waschen. Mit den Tabletten stellt sich der Arzt auch die 2%ige Lösung zur intravenösen Injection dar: In eine weithalsige Flasche, die 25 g vorher abgekochtes und wieder abgekühltes destillirtes Wasser enthält, werfe man 10 Collargol-Tabletten. Nach einigen Minuten schüttelt man tüchtig um, lässt wieder einige Minuten ruhig stehen und schüttelt dann nochmals um. Die Lösung wird filtrirt oder etwa 10 bis 15 Minuten ruhig stehen gelassen, so dass etwa ungelöste Theile sich sedimentiren können. In letzterem Falle darf die Nadel der Spritze nicht bis in den unteren Theil der Flasche eingetaucht werden. Diese Lösung ist monatelang haltbar und steril, kann übrigens auch aufgekocht werden. Neben der Anwendung von Collargol in Tablettenform behalten natürlich die anderen Darreichungsformen ihre Berechtigung und Geltung. So die als „Unguentum Credé“ bezeichnete Collargolsalbe zur Schmiercur, 2%ige Collargolsalbe für Haut- und Augenerkrankungen, die Pillen, Stäbchen, Suppositorien, Globuli und das Collargolstreupulver (3,0 Collargol, 97,0 fein zerriebener Milchzucker) zur Wundbehandlung, bei Schleimhauterkrankungen u. s. w.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 12).

**Augenentzündungen.** Bei **Behandlung der granulösen Augenentzündung** hat Kreisarzt Dr. Post (Strasburg) die besten Erfolge vom *Irrigatorstrahl* gesehen. Behufs zweckmässiger und unschädlicher Handhabung desselben liess sich Autor vor zwei Jahren vom Medic. Waarenhause in Berlin einen Bügelhahn anfertigen, der mittelst eines Ringes auf den Mittelfinger der rechten Hand gestreift wird und durch den Daumen geöffnet und geschlossen werden kann. An einem Ende ist der Hahn durch einen Gummischlauch an ein drei Liter fassendes Irrigatorgefäss angeschlossen, am anderen Ende trägt er ein kurzes Stückchen Gummischlauch, das vorn mit einer kleinen Glasspitze versehen ist, deren Oeffnung einen glatten, abgerundeten Rand hat. Beim Gebrauch dieses Hahnes kann man beide Hände zur Umstülpung der Lider wie zum Hervorkehren der erkrankten Bindehautstellen benützen, den Hahn beliebig weit öffnen und so den Strahl reguliren; die kleine nach-

giebige Spitze bringt dem Auge keine Gefahr. Der Hauptwerth des Strahles liegt in der durch ihn bewirkten Massage der kranken Bindehaut. Autor verwendet daher nur auf Körpertemperatur erwärmte physiol. Kochsalzlösung unter Hinzufügung von $^1/_2$ g Sublimat zu den drei Litern Flüssigkeit, die aus heissem und kaltem abgekochten Wasser hergestellt wird; die Höhe des Irrigators soll etwa 1 m betragen. Die Irrigation soll bei dicht aneinander stehenden froschlaichartigen Körnern möglichst von so langer Dauer sein, dass sich eine deutliche Füllung der kleinen Blutgefässe über denselben zeigt. Stets aber soll wenige Minuten nach der Sitzung eine deutliche Schwellung der Körner und Röthung der sie bedeckenden und ihnen benachbarten Bindehaut hervortreten. Im Verlauf eines Tages verschwindet die entzündliche Reaction, und nach mehreren Sitzungen tritt die deutliche Verkleinerung der Körner auf, die sich bei den dicht gedrängten, hahnenkammartigen Gebilden dadurch äussert, dass die ganze Masse an Umfang abnimmt, die Spalten breiter werden, die Körner sich deutlicher abgrenzen; zuletzt bleiben röthliche Flecke übrig. Auch bei vernachlässigten Fällen tritt nach einigen Sitzungen Besserung ein, doch ist hier der Sublimatgehalt zu verstärken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— Eine **Iritis nach Bienenstich** beobachtete Dr. R. Hilbert (Sensburg). Der Fall zeigt, wie bisweilen ein vereinzelter Bienenstich recht schwere Erscheinungen hervorruft. Die 63jähr. Pat. war Tags zuvor von einer Biene in das linke obere Lid gestochen worden. Sie hatte die Nacht über das sehr schmerzhafte Auge mit nassem Lehm behandelt, doch hat der Schmerz nur wenig nachgelassen, die Schwellung ist noch stärker geworden; Pat. hat ferner während der Nacht Durchfall gehabt, ist völlig appetitlos, fühlt sich sehr matt. Beide Lider des linken Auges, sowie der obere Abschnitt der linken Wange waren oedematös geschwollen und von blaurother Färbung; im inneren Abschnitt des Oberlides steckt noch der Stachel der Biene. Bei Auseinanderziehen der Lider (sehr schmerzhaft!) stürzen heisse Thränen hervor. Conjunctival- und Ciliarinjection. Kammerwasser getrübt, geringes Hypopyon, auf der Hinterfläche der Hornhaut punktförmige, graue Beschläge. Pupille verengt, erweitert sich aber auf mehrfache Atropininstillation. Allgemeine Abgeschlagenheit. Puls 52, fadenförmig, Athmung oberflächlich und beschleunigt. Also Iritis serosa

nebst Allgemeinerscheinungen (Choc). Therapie: Atropin, warme Borumschläge, Dunkelzimmer, intern kleine Dosen Calomel und Spir. aether. Schwellung und Lichtscheu bestanden noch acht Tage lang, dann schwanden allmählich auch das Hypopyon und die Niederschläge an der Hornhaut; erst Ende der vierten Woche war das Auge völlig reizlos und die brechenden Medien durchsichtig. Die Allgemeinerscheinungen waren nach drei Tagen behoben.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 24. III. 1904.)

**Basedow'sche Krankheit.** **Therapeutische Erfahrungen mit Rodagen** aus Prof. Ewald's Klinik in Berlin publicirt Dr. J. Sigel. Rodagen, das getrocknete Milchpulver thyreoidektomirter Thiere, wurde in Dosen von 10 g pro die gegeben und zwar in drei Fällen. Es wurde kein merklicher Effect erzielt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 1.)

— **Rodagen** hat Dr. W. Bohnemann (Sanatorium Haus Triberg) bei einem Falle von B. mit eclatantem Erfolge angewandt. Autor gab täglich 6 g. Sofort nach Einsetzen dieser Behandlung trat constante Zunahme des Körpergewichtes ein, der Puls nahm allmählich an Frequenz ab, der Halsumfang verkleinerte sich, das Herzklopfen liess wesentlich nach, das systolische Geräusch an der Herzspitze verschwand, der Exophthalmus ging bedeutend zurück, der Schlaf besserte sich, der Tremor verschwand ganz, das Schwitzen liess nach u. s. w., kurz in der Zeit von fünf bis sechs Wochen machte sich ein bemerkenswerther günstiger Einfluss auf die Erscheinungen der B. geltend. Nun wurde mit Rodagen ausgesetzt. Binnen wenigen Tagen wurde der Puls wieder frequenter, das Körpergewicht nahm ab. Nachdem Rodagen wieder gegeben wurde, zeigte die Besserung sofort weitere Fortschritte.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

**Ekzem.** Eine neue Salbengrundlage, **Fetronsalbe**, die Liebreich kürzlich in die Therapie eingeführt hat, benützte Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) zu klinischen Versuchen, die sehr befriedigend ausfielen. Das neue Salbenvehikel stellt eine Mischung dar von 3 % Stearinsäureanilid und 97 % Vaselin. flavum. Es ist von schwachgelber Farbe, geruchlos und besitzt eine gute Salbenconsistenz. Durch den Zusatz des Stearinsäureanilids wird das Vaseline zu einer festeren, consistenten Masse von höherem Schmelz-

punkt. Hierdurch verbleibt das Fetron längere Zeit auf der Hautstelle, auf die es applicirt ist, als die Fette mit einem niedrigen Schmelzpunkt. Ausserdem wohnt aber diesem Präparat die Eigenschaft inne, eine zur Einverleibung der gebräuchlichen Arzneikörper genügende Menge von Flüssigkeit in sich aufnehmen zu können, ohne dass es dadurch den salbenartigen Charakter verliert. Des weiteren besitzt das Fetron eine gewisse Affinität der Haut, d. h. es wird von der Haut Fetron aufgenommen, eine Eigenschaft, die dem Vaselin völlig abgeht. Die Fetronsalbe kann niemals ranzig werden, da das dem Vaselin zugesetzte Stearinanilid ein ausserordentlich fester und constanter Körper ist. Diese erstgenannte Eigenschaft liess von vornherein einleuchten, dass Fetron in erster Reihe überall da Anwendung finden musste, wo es darauf ankam, der verletzten Haut ein Schutzmittel zu geben, d. h. ein Mittel, das nicht so schnell nach seiner Auftragung von der betreffenden Hautstelle durch Resorption verschwindet. Fetron müsste des weiteren demnach dort Anwendung finden, wo wir bisher Pasten benützt haben, Compositionen, welche ebenfalls längere Zeit als die sonst verwandten Salben ohne Zusätze von festen Stoffen auf einer bestimmten Hautstelle verbleiben, ohne zu zerfliessen oder die Verbandstoffe zu imbibiren. Das Mittel wurde in 245 Fällen angewendet, pur und mit anderen Mitteln, hauptsächlich beim E., wo es sich bestens bewährte. Namentlich beim nässenden E. zeigte es seine Vortheile. Die Ueberlegenheit der *Zinkfetronpaste* gegenüber der Zinkvaselinpaste wird leicht erklärlich, wenn wir die Eigenschaften der Pasten berücksichtigen. Die letzteren stellen Mischungen von aufsaugenden Pudern und Fetten dar, „solche Mischungen nehmen, wenn sie auch mit Fett gesättigt sind, noch sehr viel Wasser auf, wirken also in dieser Beziehung wie Puder allein“ (Unna). Da nun Fetron mehr Flüssigkeit in sich aufnimmt als Vaselin, so ergiebt sich hieraus der Umstand, dass eine Zinkfetronpaste ceteris paribus stärker austrocknet, als eine Zinkvaselinpaste. Der zweite von Unna hervorgehobene Vortheil der Paste besteht darin, dass sie im Gegensatz zum Puder allein nicht zugleich die Hornschicht entfettet, worauf es bei den meisten Hautkatarrhen sehr ankommt. Wird die Paste bei nicht nässenden Dermatosen angewandt, so wird die Zinkfetronpaste infolge des höheren Schmelzpunktes des Fetrons länger auf der erkrankten Parthie circumscript liegen bleiben als die Zinkvaselinpaste. Ferner wird aber aus demselben Grunde auch weniger von der

Fetronpaste in den Verband übergehen, und so hat diese Composition Gelegenheit, eine vollere Wirkung ausüben zu können, als die Zinkvaselinpaste. Schliesslich kann der Vortheil der Pasten gegenüber den Pudern allein: „nicht zugleich die Hornschicht zu entfetten“, bei der Zinkfetronpaste in höherem Maasse zur Geltung kommen, als bei der Zinkvaselinpaste, da Fetron eine grössere Affinität der Haut besitzt als das Vaselin. Endlich können der Fetronpaste grössere Quantitäten Flüssigkeiten incorporirt werden; der Zinkfetronpaste kann eine grösste Menge von Flüssigkeit zugesetzt werden, ohne dass letztere sich abscheidet oder die Mischung in ihrer Gleichmässigkeit Einbusse erleidet. Die seit langem bekannte gute Wirkung des Theers in Verbindung mit Zinkoxyd kann jetzt, wenn Vaselin in der Paste durch Fetron ersetzt wird, zur vollen Geltung gebracht werden. Durch Erhöhung des Theergehaltes in der Paste kann die Wirksamkeit beliebig gesteigert werden. Auffallend gut war auch die Wirkung des mit Fetron hergestellten Unguent. sulfurat. rubr. beim *Ekzema tyloticum palmarum.* Aber auch in sonstigen Fällen von gewöhnlichem E. wurden mit Fetron Erfolge erzielt, die bei Anwendung derselben Arzneimittel in einem anderen Vehikel vergebens gesucht wurden. Auch die Substitution von Fetron in der Unna'schen Lichensalbe erwies sich als vortheilhaft. Autor verordnet nicht selten zu dieser Salbe noch weitere juckstillende Zusätze, wie Menthol und Bromocoll. solubile, sodass er folgende Formel bei *Lichen ruber*, bei Lichenificationen überhaupt und bei *juckendem infiltrirten E.* empfehlen kann:

Rp. Menthol. 0,5 — 1,0
Ol. Olivar. 3,0
Bromocoll. solub. 5,0
Hydrarg. bichlorat. 0,05
Acid. carbolic. liquef. 2,0
Past. Zinc. c. Fetron. parat. ad 50,0

Fetron gelangte auch zur Verwendung mit Borsäure, Schwefel, Theer, Salicyl (Salicyl-Zink-Fetronpaste), mit Chrysarobin, Pyrogallussäure, Resorcin, Naphthol, Nafalan u. s. w. bei *artificieller Dermatitis, Seborrhoe, Psoriasis, Scabies, Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria* und *vulgaris, Impetigo contagiosa etc.* (Therap. Monatshefte 1904, April.)

— **Erfahrungen mit Thigenol in der Dermatotherapie** veröffentlicht Dr. J. Porias (k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Dermat. in Wien) auf Grund von 30 Be-

obachtungen, welche zum grössten Theile acute und chronische Ekzeme betreffen. Thigenol wurde stets allein angewandt, anfangs als Salbe (10—20%), später 2 mal täglich mittelst Borstenpinsels aufgetragen in folgender Form:

Rp. Thigenol. 70,0
Spir. vin. gall. 20,0
Aq. dest. 10,0

In dieser Composition äussern sich die Vorzüge des Thigenols am deutlichsten. Es entsteht nach der Auftragung eine dünne, schützende Decke, die nicht klebt, sich der Haut gut anschmiegt und mit Wasser sehr leicht zu entfernen ist. Entzündliche Erscheinungen verringern sich zusehends nach Anwendung des Thigenols, und die juckreizstillende und schmerzlindernde Wirkung des Mittels macht sich sehr bald bemerkbar, wie besonders von den Ekzemkranken angegeben wurde. Schuppen und Krusten werden vorher mit Oel aufgeweicht oder durch gründliches Abreiben mit Seifenspiritus entfernt, dann Thigenol applicirt. Das Waschen einer ekzematösen Stelle schadet kaum jemals, wenn man nur Sorge trägt, das Wasser aus der Haut auch wieder gründlich zu entfernen. Dies geschieht am besten, indem man die ganze Parthie mit in Alkohol getauchten Bäuschchen wiederholt abtupft. Am günstigsten wirkte Thigenol bei der *Seborrhoe* und den mit ihr complicirten Krankheitsbildern; bei alten seborrhoischen Ekzemen wirkte es oft sehr günstig ein. Mehrere Fälle von *Acne vulgaris* wurden durch Einpinselung mit Thigenol günstig beeinflusst. Bei zwei Fällen von *Scabies* gelang es ebenfalls auf diese Weise binnen kurzem Heilung zu erzielen, in zwei anderen Fällen versagte Thigenol. Immerhin dürfte sich bei Scabies ein Versuch mit Thigenol an Stelle von Ung. sulfurat. Wilkinsonii empfehlen; die Geruchlosigkeit des Mittels, die Reinlichkeit der Procedur sind Vortheile, für die man schon eine event. kleine Verlängerung der Behandlungsdauer in Kauf nehmen kann. Bei einem Falle von hartnäckiger *Prurigo* bei einem 11 jähr. Kinde zeigte sich auf 10%ige Thigenolsalbe entschiedene Besserung. Ein noch nicht lange bestehendes Ekzema marginatum wurde durch 10%ige Salbe in zehn Tagen geheilt. Zwei Fälle von acutem E. konnten durch 20%ige Salbe zur Heilung gebracht werden. Bei hartnäckigem E. gelang es zwar oft, bedeutende Besserung zu erzielen, doch die Processe blieben dann stationär, sodass die weiteren Fortschritte dann erst durch Theer-

behandlung erreicht werden konnten. Sonst aber kamen die guten Eigenschaften des Thigenols gerade beim E. in hervorragender Weise zur Geltung; es wirkte austrocknend, juckreiz- und schmerzstillend, in mässigem Grade auch entzündungswidrig, sodass man bei Ekzemen geringerer Intensität oder bei stärkerem Hervortreten jener Symptome, die den Pat. besonders belästigen, wie Brennen und Jucken, es nicht ohne Erfolg in Anwendung bringen wird. Die Wirkung des Schwefels auf die pathologisch veränderte Haut, seine Fähigkeit, dieselbe in den normalen Zustand zurückzuführen, ist keine grosse und wird von der des Theers bedeutend übertroffen. Doch wurde auch in dieser Beziehung bei einzelnen Fällen vom Thigenol sehr Günstiges gesehen. Es würde sich zu diesem Zwecke allerdings die Salbenform mehr eignen. Entschieden günstig wirkte Thigenol bei chronisch anaemischen resp. seborrhoischen Ekzemen. Bei *Psoriasis* erwies es sich nicht als sehr wirksames Mittel. Bei einem Patienten mit entzündeten *Haemorrhoidalknoten* äusserte es prompt schmerzlindernde und entzündungswidrige Wirkung. Jedenfalls ist Thigenol ein Präparat, welches alle guten Eigenschaften des Schwefels besitzt, ohne besondere Nachtheile zu haben, also den üblichen Schwefelpräparaten entschieden vorzuziehen ist.

(Wiener klin. Rundschau 1904 No. 16.)

**Laryngitis.** **Kunstdüngerstaub als Ursache tödtlicher L.** musste Medic.-Rath Dr. Bornträger (Düsseldorf) anerkennen bei einem 40jähr. Ackerer, der am 16. X. 1903 einen vollen Tag beschäftigt war, Kunstdünger auf seinem Acker auszustreuen. Bei dem herrschenden starken Winde merkte er, dass ihm viel Kunstdüngerstaub in den Hals kam. Er wurde in der Nacht heiser und bekam bellenden Husten; am folgenden Tage starke Halsschmerzen. Der Arzt fand am 19. X. den Mann schwer krank: grosse Athemnoth, blass cyanotisches Gesicht, kalter Schweiss, erschwerte Athmung, langgezogene Inspiration mit Stridor, jagender kleiner Puls. Spiegelung unmöglich, Tracheotomie verweigert. Tod in der Nacht zum 20. X. Die Entstehung dieser acuten L., wohl mit Oedem der Glottis, musste als Folge von intensivster Einathmung des Düngerstaubes angesehen werden, der Tod also als Folge eines landwirthschaftlichen Unfalles.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 No. 3.)

**Nephritis.** Die **Anwendung der Lumbalpunction bei Uraemie** empfiehlt Kreisarzt Dr. Seiffert (Mühlhausen i. Th.). Derselbe beobachtete eine recht schwere *Scharlachepidemie*, die sich einestheils durch ein schweres Initialstadium, bei dem unter acut einsetzenden Krämpfen oft in wenigen Stunden der Tod eintrat, andererseits durch die vielfachen Complicationen mit N. auszeichnete, die eine auffallend grosse Mortalität durch Uraemie hatte. Autor konnte nun beobachten, dass sämmtliche Fälle von Uraemie, die er mit Lumbalpunction behandelte, in Heilung ausgingen; die Wirkung des Verfahrens war geradezu verblüffend, z. B. war in einem Fall, wo Coma und Krämpfe schon 24 Stunden bestanden, ½ Stunde nach Vornahme der Lumbalpunction das Bewusstsein völlig klar. In Seitenlage wurde stets zwischen 12. Brustwirbel und 1. Lendenwirbel mit einer ca. 10 cm langen Hohlnadel punctirt, die auf eine Spritze mit 10 g Inhalt passte; sofort nach dem Einstich, sobald einige Tropfen der glycerinartigen Flüssigkeit austraten, wurde die Spritze angesetzt und durch völliges Aufziehen derselben möglichst stark angesaugt und so 5—30 g der Flüssigkeit entleert. Die Lumbalpunction wirkte aber nicht nur günstig auf die Uraemie bei Scharlachnephritis ein, sondern sie war auch bei den genannten Initialkrämpfen bei Scharlach, die Autor sonst meist tödtlich enden sah, in jedem Fall von so mächtiger Wirkung, dass kein Todesfall mehr eintrat. Es scheint sich aber keineswegs um eine specifische Wirkung gegen Scharlach zu handeln. Das konnte Autor kürzlich wieder bei einem 1jährigen Kinde bemerken, bei welchem diese Krämpfe, die in bedrohlichster Form aufgetreten waren, das Initialsymptom von *Masern* bildeten, und wo noch während der Vornahme der Lumbalpunction das Bewusstsein wiederkehrte, die Krämpfe aufhörten und ein normaler Verlauf sich anschloss.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

— In einem Artikel: **Erysipelas contra N.** giebt Ejnar Nyrop (Kopenhagen) zunächst nochmals einen Fall wieder, den Langballe 1901 publicirt hat; es trat hier vollständige Heilung einer chronischen N. nach Auftreten eines Erysipels ein. Sodann berichtet er von einem Falle, den er jetzt selbst im Garnisonhospital beobachtet hat. Ein 25jähr. Sergeant hatte 10 Monate lang an einer bedeutenden N. gelitten, bei welcher die Albuminurie, die geformten Bestandtheile im Urin, der Ascites und die Oedeme in stetem

Fortschritte begriffen waren. Er erkrankte an Rose, und es trat dann zwar keine Heilung ein, aber doch sehr bedeutende Besserung, jedenfalls eine auffällige Reaction von Seiten der Nieren im Sinne einer Heilung.

(Centralblatt f. innere Medicin 1904 No. 15.)

— Einen **Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins, speciell bei acuter N.** liefert Dr. Hundt (Elisabeth-Hospital in Bochum). Er kann die günstigen Erfahrungen. die allerorts mit Theocin bei Oedemen cardialen Ursprungs gemacht wurden, bestätigen. Bei chronischer N. zeigte Theocin nur verhältnissmässig geringe Wirkung, während dieselbe bei acuter N. überraschend gut war. Es handelte sich meist um Scharlachnephritis bei Kindern. Nur selten versagte hier Theocin, meist zeigte es starke Wirkung. Dass in der Dosirung des Mittels allerdings Vorsicht zu beobachten ist, zeigte sich bei einem 11jähr. Mädchen, das nach einer Dosis von dreimal täglich 0,1 epileptiforme Krämpfe, mit Bewusstseinsverlust und unwillkürlichem Abgang von Stuhl und Harn bekam. Auch als nach mehrtägigem Aussetzen des Präparates dasselbe wieder in Dosen von 0,05 g viermal täglich versucht wurde, trat am Abend desselben Tages ein Zustand auf, den man wohl als epileptisches Aequivalent bezeichnen könnte. Es musste hier auf Theocin verzichtet werden, obgleich das Mittel auch hier gleichzeitig starke diuretische Wirkung entfaltet hatte. Von da ab begnügte man sich bei Kindern mit Dosen von 0,03—0,05 g 3—4mal täglich, die auch stets die Diurese genügend hoben. Fast constant zeigte sich auch stark abführende Wirkung auf den Darm. Die Diarrhoeen nach grösseren Dosen überschritten oft die Grenze des Wünschenswerthen. Mehrmals trat bei Kindern im Anfang starke Brechneigung zu Tage, die indessen bald verschwand. Bei Erwachsenen zeigten sich zweimal Aufregungszustände, das eine Mal bei einem Herzkranken nach längerem Gebrauche des Mittels, nachdem die Oedeme bereits völlig geschwunden waren, und zwar besonders Nachts, das zweite Mal bei einem Falle von lienaler Leukaemie bereits nach 0,9 Theocin, um nach Aussetzen des Mittels sogleich zu verschwinden. Bei entzündlichen Affectionen seröser Häute mit Flüssigkeitsansammlung wirkte Theocin nicht, ebenso bei Lebercirrhose und lienaler Leukaemie, während bei Oedemen der Phthisiker einige Male recht gute Erfolge gesehen wurden. Erwachsenen wurde das Mittel gewöhnlich in Pulvern von 4—6mal täglich 0,15 oder Tabletten von

0,1 gegeben, bei incompensirten Herzfehlern zusammen mit Digitalis

Rp. Theocin. 0,15
Digital. pulv. 0,1
S. 2stdl. 1 Pulver.

Durch Combination mit Extr. Opii musste man die Diarrhoeen einschränken. Die Wirkung des Theocins versagte übrigens nach 2—5 Tagen, trat dann aber, nachdem es zwei Tage ausgesetzt worden war, stets wieder in Kraft.

(Therap. Monatshefte. April 1904.)

**lephrolithiasis.** **Birkenblätterthee als nierensteinlösendes Mittel** empfielt S.-R. Dr. Jänicke (Breslau), sich stützend auf seine in den letzten vier Jahren nach dieser Richtung hin gemachten Erfahrungen. Der Thee wirkte auch bei schwereren Fällen, wo zum Theil bereits die Operation beschlossen war; alle subjectiven Beschwerden, die pathologischen Veränderungen im Urin verschwanden, ebenso die vorher durch Röntgenstrahlen nachweisbaren Steine selbst. Was die Darreichung des Thees anbelangt, so werden die zu Sommeranfang gesammelten Birkenblätter getrocknet. Zum Gebrauch wird ein gehäufter Theelöffel der fein zerriebenen Blätter mit reichlich 1/4 L. kochendem Wasser übergossen, muss fünf Minuten ziehen, fünf Minuten kochen, und wird alsdann durchgegossen. Von diesem Thee lässt Autor früh nüchtern und Nachmittags dieselbe Dosis trinken. Am besten wirkte der Thee, wenn er im Anfang ca. sechs Monate nach einander getrunken wurde, alsdann noch 2—3mal vier Wochen lang mit je vierwöchentlichen Pausen dazwischen.

(Centralblatt f. innere Medicin 1904 No. 13.)

**Paralysen.** **Ueber centrale Schwangerschaftslähmungen der Mütter,** von Hofrath Dr. R. v. Hösslin (Schluss): Autor geht über zu den *Beziehungen der Rückenmarkserkrankungen zur Gravidität.* Von Rückenmarkserkrankungen, welche schon vor der Gravidität bestanden, werden manche Formen von Paraplegieen, im Allgemeinen auch die progressive Muskelatrophie, besonders aber die *Tabes dorsalis* durch die Gravidität nicht beeinflusst. Die Tabes scheint während der Gravidität keine Exacerbation zu erleiden und umgekehrt wird auch der Verlauf der Schwangerschaft durch die Tabes nicht alterirt. Auch die Geburt verläuft normal; ist die Tabes sehr vorgeschritten, so kann es vorkommen, dass die Gravidität gar nicht zum Bewusst-

sein kommt. Jedenfalls giebt eine bestehende Tabes keine Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Nun zu den Spinalerkrankungen, welche sich erst während der Schwangerschaft entwickelten, und zwar zunächst zu solchen, welche unabhängig von der Gravidität entstanden sind. Ganz gewiss wissen wir dies von den *traumatischen Paraplegieen.* Diese Fälle gingen alle letal aus, es kam auch zu einer vorzeitigen Ausstossung der Frucht bald nach der Entstehung der Paraplegie. Auch die durch Erkältung während der Schwangerschaft entstandenen Myelitiden gingen alle letal aus. Tumoren des Rückenmarks, die während der Gravidität zur Entwickelung kamen, scheinen unter dem Einfluss der Gravidität rascher letal zu verlaufen. Mehr interessiren hier diejenigen Rückenmarkserkrankungen, bei welchen wir aetiologische Beziehungen zur Gravidität annehmen müssen. Zuerst sind dies verschiedene Fälle von *Compressionsmyelitis,* welche theils infolge erstmaliger Gibbusbildung während der Schwangerschaft entstanden, theils auf in der Gravidität recidivirende ältere Wirbelcaries zurückzuführen waren. Bei dem ungünstigen Einfluss, welchen wir im Allgemeinen der Gravidität auf die Entwickelung der Tuberculose zuschreiben, können wir auch bei cariösen Wirbelerkrankungen, welche während der Schwangerschaft entstehen oder recidiviren und so zu einer Compressionsmyelitis führen, *die* Möglichkeit aetiologischer Beziehungen zur Gravidität *nicht* in Abrede stellen. Unzweifelhaft abhängig von der Gravidität mit ihren Folgezuständen sind diejenigen *Paraplegieen,* welche nach Analogie der Paraplegieen nach anderen, wie z. B. typhösen, dysenterischen, Blasen- oder Nierenblutungen *im Anschluss an schwere Geburtsblutungen* auftreten. Die Ursache dieser Paraplegie ist entweder spinale Anaemie oder auch die Entwickelung spinaler Thromben infolge der Blutleere und der durch sie bedingten Circulationsschwäche. Aehnlich ist wohl die Pathologie derjenigen Paraplegieen, welche nach schwächenden Wochenbetten oder auch nach zu langem Stillen beobachtet wurden. Bekannt ist die im Verlaufe schwerer Puerperalerkrankungen vorkommende *Meningomyelitis.* Eine seltene Spinalerkrankung wurde auch wiederholt in der Schwangerschaft und im Puerperium beobachtet: die *Spinalapoplexie.* Es ist beobachtet worden, dass bei Angiogliomatose des Rückenmarks unter dem Einfluss der Blutdruckerhöhung während der Wehen eine Blutung ins Mark eintrat, es sind aber auch solche Blutungen in ein scheinbar gesundes

Mark beobachtet worden. Nachdem so oft bei albuminurischen Frauen Blutungen im Gehirn nachgewiesen wurden, ist es naheliegend, auch bei den Spinalapoplexieen an diesen Zusammenhang zu denken. Jedenfalls dürfte es sich empfehlen, bei jeder Spinalapoplexie einer Graviden den Urin auf Eiweiss zu untersuchen, zumal wiederholt bei albuminurischen Schwangeren, auch in Verbindung mit Eklampsie, schwere Paraplegieen zur Beobachtung kamen. Ausser diesen Spinalerkrankungen kommen bei vorher gesunden Frauen nach normaler Schwangerschaft und nach normalem Wochenbett noch folgende vor: Eine unter dem Bilde der acuten Ataxie verlaufende *Encephalo-Myelitis*, ferner die *Poliomyelitis acuta* und *subacuta adultorum*, und zwar die polyneuritische Form, bei welcher von einer Noxe gleichzeitig der periphere Nerv und die grauen Vorderhörner im Rückenmark getroffen werden. Endlich eine theils chronisch, theils subacut oder acut verlaufende *Myelitis*, im ersteren Falle meist unter dem Bild einer spastischen Paraplegie, in letzterem Fall mehr unter dem Bild einer schlaffen Lähmung verlaufend. Wenn wir nicht die Sicherheit des Obductionsbefundes haben, dürfen wir jedenfalls eine myelitische Paraplegie im Wochenbett oder während der Gravidität nur dann diagnosticiren, wenn gleichzeitige Blasen- oder Mastdarmlähmung oder eine nach segmentalem Typus verlaufende Sensibilitätsstörung die Diagnose stützt. Ein grosser Theil der Schwangerschaftsparaplegieen ist jedenfalls peripheren Ursprungs. Wenn wir die als puerperale Myelitis beschriebenen Fälle durchsehen, so finden wir unter denselben verschiedene, welche vor dem Forum der modernen Diagnostik nicht als solche bestehen können, sondern heut als *multiple Sklerose* angesehen würden. Die multiple Sklerose, die vor der Schwangerschaft schon besteht, kann während derselben oder nach der Entbindung ganz bedeutende Exacerbationen zeigen; ausser vielen Fällen, aus welchen diese Thatsache hervorgeht, giebt es aber auch eine Reihe von gut beobachteten Fällen, in welchen die ersten Krankheitserscheinungen auf eine Schwangerschaft oder die Zeit nach einer Entbindung zurückzuführen sind. Wir sehen also, dass die Encephalomyelitis, die Poliomyelitis, die Myelitis und die multiple Sklerose sich im Anschluss an die Schwangerschaft oder das Puerperium bei vorher ganz gesunden Frauen entwickeln können. Was haben nun diese vier Krankheitsformen gemeinsam? Man kann sagen, alle vier haben in aetiologischer Beziehung das Gemeinsame, dass

sie häufig nach infectiösen und toxischen Einflüssen entstehen. Es ist sehr bemerkenswerth, dass diese vier Krankheitsformen auch nach normalen Graviditäten und Puerperien auftreten, es kann aber nicht auffallen, weil auch eine Reihe von anderen schweren Erkrankungen des Nervensystems einerseits nach den acuten Infectionskrankheiten, andererseits auch nach Gravidität und Puerperium auftraten: die acuten Stimmungsanomalieen, die Manie und Melancholie, Chorea, Tetanie, besonders die unter den peripheren Schwangerschaftslähmungen eine so wichtige Rolle einnehmende toxische Neuritis und Polyneuritis. Von den Schwangerschaftspsychosen, auch von der Tetanie und der Chorea ist es bekannt, dass sie oft in mehreren Schwangerschaften recidiviren, während die gleichen Frauen ausserhalb der Gravidität stets frei von diesen Affectionen blieben. sodass ihre Abhängigkeit von der Schwangerschaft gar nicht angezweifelt werden kann. Wie steht es nun in dieser Beziehung mit der Myelitis und multiplen Sklerose? Autor kennt erstens eine Reihe von Fällen, in welchen eine Myelitis oder multiple Sklerose in einer Gravidität entstand, nach derselben in Besserung ausging, bei einer erneuten Schwangerschaft aber exacerbirte, er kennt aber auch eine, wenn auch seltene recidivirende Schwangerschaftsmyelitis. Wenn wir nach einer Erklärung der entzündlichen Markerkrankungen während der Schwangerschaft und des normalen Wochenbetts suchen, so wird uns kaum etwas anderes übrig bleiben, als ebenso wie in den vielen anderen, während der Schwangerschaft entstandenen Nervenerkrankungen auf eine Autointoxication vom Körper selbst aus zu schliessen. Wie diese Toxine sich bilden, ist uns noch verborgen, dass eine Reihe von Schwangerschaftsbeschwerden auf solche Toxine zurückzuführen sind, findet immer allgemeinere Annahme. Was nun die Prognose der verschiedenen in der Gravidität entstandenen Markerkrankungen betrifft, so ist dieselbe bei der Compressionsmyelitis wohl auch eine schlechtere, als ausserhalb der Gravidität; von sieben Fällen ging nur einer in Genesung aus, und zwar durch Operation, zwei starben bald nach der Geburt. Weniger ungünstig ist die Prognose bei den nach schweren Blutungen oder erschöpfenden Wochenbetten entstandenen Paraplegieen. Ganz infaust ist sie bei der septischen Meningomyelitis der Puerperalkranken, der Haematomyelie und der mit Albuminurie zusammenhängenden Paraplegieen. Die multiple Sklerose kann nach überstandenem Wochenbett bedeutende Remis-

sionen aufweisen, die Encephalomyelitis, Poliomyelitis und Myelitis können je nach dem mehr acuten oder subacuten Auftreten verschieden verlaufen: die mehr allmählich entstehenden Formen scheinen eine bedeutend bessere Prognose zu haben, als die acut einsetzenden und können in Besserung oder völlige Genesung ausgehen. Bei dem ungünstigen Einfluss, welchen die Schwangerschaft auf all diese Markerkrankungen ausübt, die sogar in directer Abhängigkeit von der Gravidität sich entwickeln, wird in vielen Fällen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt sein, unter allen Umständen aber dann, wenn der Nachweis erbracht wird, dass mit der Fortdauer der Gravidität eine Verschlimmerung des Spinalleidens oder gar ein Ascendiren desselben eintritt. Wie steht es nun mit dem *Einfluss der centralen P. auf Conception, Gravidität und Geburt?* Die klinischen Erfahrungen lehren, dass durch Gehirn- oder Rückenmarkserkrankungen, welche vor der Schwangerschaft bestanden, die Conception nicht gehindert wird. Auch die Gravidität nimmt bei cerebralen Leiden, wenn nicht das Leben der Mutter aufhört, fast ausnahmslos ihren normalen Verlauf. Bei spinalen Leiden kann das Bewusstsein der Gravidität fehlen, mehrmals kam es auch zu Unterbrechung der Gravidität, besonders bei sehr plötzlich eintretenden schweren Erkrankungen des Markes. Die Geburt selbst pflegt durch cerebrale P. nicht beeinflusst zu werden, weder die Wehenthätigkeit, noch die Schmerzempfindung ist eine veränderte. Bei spinalen P. sind meist die Wehen normal, doch verläuft die Geburt ohne Schmerzen. Mehrmals wurde eine Verzögerung der Geburt beobachtet. In einigen Fällen war die Wehenthätigkeit zu schwach, meist aber ging die Geburt eher schneller und leichter von statten, als unter physiologischen Verhältnissen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

— Eine 42 jähr. Frau mit **Entbindungslähmung** stellt Nonne vor. Pat., die vor 9 Jahren zuletzt geboren, wurde aus Steisslage von einem über 10 Pfund schweren Kinde mit sehr grossem Kopfe durch Extraction entbunden. Gleich nach der Entbindung fanden sich eine totale Peroneuslähmung auf der linken, eine Peroneusparese auf der rechten Seite. Diese P. sind in der anatomischen Lage der die Peroneusfasern enthaltenden Wurzeln des N. ischiadicus bedingt. Während die unteren Wurzeln bis zu ihrer Vereinigung im Nerven durch den Musculus

pyriformis geschützt sind, verlaufen die oberen direct über der Linea innominata und werden bei relativer Beckenenge so geschädigt, dass eine periphere Nervenalteration resultirt. In obigem Falle war eine genaue Localdiagnose möglich, insofern, als auch der an der Druckstelle verlaufende N. glutaeus super. geschädigt war, in dessen Versorgungsgebiet (M. glutaeus medius et minimus) die Abduction des Oberschenkels gestört war.

(Aerztlicher Verein in Hamburg, 23. II. 1904. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

**Parametritis, Perimetritis.** **Ester-Dermasan** hat Dr. Br. Wolff in der Dührssen'schen Klinik in Berlin mit gutem Erfolge angewandt. Ester-Dermasan ist eine weiche überfettete Seife, die 10% Salicylsäure und 10% Salicylester mit Benzoyl- und Phenylradicalen enthält. Autor rieb vorsichtig einen Tag um den anderen die Bauchdecken über den erkrankten Organen mit der mit Dermasan bestrichenen Hand ein, ausserdem führte er eine leicht lösliche elastische Gelatinekapsel mit 5 g Ester-Dermasan in die Scheide an die entsprechende Stelle ein, fixirte sie daselbst durch einen hinter sie gelegten trockenen Wattetampon und liess diesen bis zum Abend des nächsten Tages liegen, worauf Pat. eine Spülung mit lauwarmem Wasser vornehmen musste. So wurden 21 Fälle behandelt. Bei fast allen trat die schmerzlindernde Wirkung eclatant hervor. Es wurden ja mehrfach noch operative Eingriffe nöthig, einige Male wurden aber die Pat. nach ziemlich kurzer Behandlung von ihren Beschwerden vollkommen befreit, und auch die Besserung im objectiven Befund bewies zuweilen die resorbirende Wirkung des Mittels. Besonders gut bewährte sich dieses bei chron. Peri- und Parametritis und chron. *Oophoritis*. Schädliche Folgen hatte das Mittel nie; ausserdem hat es angenehmen Geruch und beschmutzt die Wäsche nicht.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 5.)

— Ueber **das Recidiviren einer chron. Peri- und Parametritis im Anschluss an einen Unfall** berichtet Dr. Osw. Feis (Frankfurt a. M.), der von einer Versicherungsgesellschaft aufgefordert wurde, eine Pat. zu untersuchen, um festzustellen, ob eine Unfallfolge vorläge, wie es der behandelnde Arzt annähme. Dieser berichtete am 7. XI. 1903 folgendes: Pat. fiel am 11. X. 1903 eine Treppe herunter, schlug auf das Becken links auf. Die im Leib und Kreuz

anfangs heftigen Schmerzen liessen in den Tagen darauf nach; die Frau hatte auf den Unfall kein Gewicht gelegt und im Haushalt, soweit möglich, weiter gearbeitet. Am 18. X. traten die Menses ein, die Schmerzen erneuerten sich, wurden so heftig, dass Pat. ins Bett musste. Am 20. X. wurde der Arzt geholt. Er fand Fieber bis 39⁰, aufgetriebenen Leib, Druckschmerz in beiden Leisten; Portio hypertrophisch, nach oben gerichtet; im rechten Parametrium und Douglas weiche, äusserst schmerzhafte Exsudatmassen, eingebettet darin das Corpus uteri, fixirt. Bei entsprechendem Verhalten schwanden die Schmerzen, das Exsudat ging langsam zurück. Am 7. XI. wurde der Arzt wieder gerufen, da auch Schmerzen links aufgetreten und Erscheinungen von Blasenreizung sich gezeigt hätten. Im rechten Parametrium wenig schmerzhafte Exsudatreste, Stränge etc., hoch im Douglas schmerzhafte Massen, in der Gegend der linken Tube sehr empfindliche Ausschwitzungen, leichtes Fieber. Der Arzt fasste die Sache folgendermassen auf: „Alte Retroflexio fixata uteri auf Grund früher abgelaufener parametritischer Erscheinungen, wie die Anamnese ergiebt, seit 8 Jahren. Der Fall aufs Becken hatte Bluterguss oder entzündliche Reizung in den Parametrien zur Folge, die Menses steigerten den Process zur Entzündung.“ Auch Feis musste den Fall so beurtheilen und er fand ungefähr dasselbe: Para- et Perimetritis chronica, Retroflexio uteri fixata, Metritis. Vor 8 Jahren war Pat. schon von einem Arzte behandelt worden, der ihr sagte, sie hätte eine Rückwärtsknickung der Gebärmutter, und sie wochenlang innerlich massirte, bis sie die Behandlung aufgab. Pat. will damals auch Fieber und Schmerzen gehabt haben, was aber wohl kaum stimmt, da sie der sehr erfahrene Gynaekologe sonst nicht massirt hätte. Diese Symptome werden sicherlich vorher vorhanden gewesen sein, Pat. hatte unter Fieber eine Perimetritis durchgemacht, als deren Folge die Adhaesionsbildung auftrat, die dann mit Massage behandelt wurde. Der Process heilte nicht aus, denn die Pat. will ihrerseits die Behandlung aufgegeben haben. Trotzdem blieb Pat. 8 Jahre lang beschwerdefrei, bis eben durch den Unfall das Leiden wieder exacerbirte. Ist dieses lange Latentbleiben und wieder Acutwerden denkbar? Autor bejaht diese Frage. Wenn es auch das Häufigere ist, dass Frauen mit derartigen Leiden starke Beschwerden haben, so ist doch ebenso feststehend, dass eine ganze Anzahl chronischer Perimetritiden auffallend geringe Symptome

machen. Man stösst recht oft auf ausgedehnte Schwartenbildung im Becken, ohne dass die Pat. sonderlich klagen, während andererseits oft leichte Verwachsungen die heftigsten Beschwerden machen. Bei den ausgedehnten Gefässstauungen, wie man sie bei chron. Perimetritis im kleinen Becken oft findet, ist es erklärlich, dass es durch einen Fall zu kleinen Blutergüssen daselbst kommt. Dazu kam hier noch die menstruelle Congestion, die zur Zeit des Unfalles bereits vorhanden war, und unter der ja entzündliche Beckenprocesse besonders leicht wieder aufflackern. Weiterhin ist es in Folge des Trauma zu einer erneuten Aussaat infectiösen Materials und damit zu einer localen Beckenperitonitis mit Fieber, Erguss etc. gekommen; der Process blieb localisirt, weil wohl zahlreiche Adhaesionen von der ersten Erkrankung her vorhanden waren. Solche Fälle sollten Versicherungsgesellschaften und Aerzte darauf aufmerksam machen, bei Abschluss von Unfallversicherungen mit Frauen sorgfältig auf frühere Unterleibserkrankungen zu achten, da solche, auch nach jahrelanger Latenz, durch einen Unfall wieder acut in die Erscheinung treten können.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1904 No. 1.)

**Perniones** mit Salzwedel'schen **Alkoholverbänden** erfolgreich behandelt hat in einer grossen Anzahl von Fällen Dr. O. Lentz (Idar a. d. Nahe). Er benützte dazu 70%igen Alkohol, der ebenso wirkt wie der höher procentuirte, richtete sich aber sonst ganz nach den Vorschriften Salzwedel's. Die zu behandelnde Stelle wurde all abendlich mit einer 8 fachen Lage alkoholgetränkter Gaze bedeckt und darüber ein Stück perforirten, wasserdichten Stoffes gebreitet, das Ganze mit einer Binde befestigt. Bisweilen traten in den ersten beiden Nächten Schmerzen ein, stets aber waren von der dritten Nacht an alle Beschwerden verschwunden, die Pat. nach 3 bis höchstens 8 maliger Anwendung der Verbände von ihrem Uebel befreit.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1904.)

**Rheumatismen.** Menzer's **Antistreptokokkenserum** hat San.-R. Dr. Schäfer (Pankow) in der Privatpraxis mit recht zufriedenstellendem Erfolge bei Gelenkrheumatismus angewandt, und er führt sechs Fälle (darunter vier Kinder von 5, 12, 13, 14 Jahren) an, welche den Effect des Serums zeigen. Bei einigen derselben waren schon vorher

schwere Attaquen von acutem Gelenkrheumatismus vorausgegangen, die sich stets über viele Wochen hingezogen und auch dann noch einen rheumatischen Zustand mit fortdauerndem Krankheitsgefühl hinterlassen hatten. Die jetzige Attaque, bei der das Serum zur Anwendung gelangte, dauerte erheblich kürzere Zeit und hinterliess einen Zustand subjectiven Wohlbefindens, wie er seit Jahren nicht bestanden hatte. Dazu macht das Serum keine Nebenerscheinungen, lässt vor allem den Verdauungstractus gänzlich verschont. Allerdings waren die Injectionen manchmal schmerzhaft, bewirkten auch hier und da nach einigen Tagen Hautexantheme, aber diese vorübergehenden Erscheinungen sind nicht geeignet, das Serum zu discreditiren. Es wurden in Zwischenräumen von 1—3 Tagen je 2—5 ccm des Serums injicirt, je nachdem die Reaction abgelaufen war.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1904.)

— **Subcutane Jodipininjectionen bei rheumatoiden Gelenksentzündungen** empfiehlt Dr. Schuster (Aachen). Derselbe hat bei verschiedenen monarticulären, sowie polyarticulären rheumatischen Erkrankungen resp. rheumatoider Arthritis, nachdem verschiedenste Curen versagt hatten, durch tägliche oder alle 2—3 Tage wiederholte Injectionen von 25%igem *hellen* Jodipin in dichte Nähe der erkrankten Stellen, d. h. überall da, wo die Haut abhebbar war, wiederholt so auffällige Besserungen und Heilungen erfolgen sehen, dass er es an der Zeit hält, zu weiterer Prüfung dieser Localinjectionen bei den verschiedenen rheumatischen und rheumatoiden Processen aufzufordern, welche so oft die davon Befallenen zu Invaliden machen. Diese 10—20 g fassenden Injectionen müssen möglichst aseptisch und reactionslos geschehen. Sie bewährten sich auch sehr bei *gonorrhoischer Arthritis*, bei der *Arthritis deformans* und einer Abart resp. Complication der letzteren, der *chronischen ankylosirenden Wirbelentzündung*.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

— **Intravenöse Salicylbehandlung bei rheumatischen Leiden** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. Felix Mendel (Essen), nachdem er etwa 300 Injectionen ohne jede örtliche und allgemeine Störung gemacht. Dazu bedarf es allerdings besonderer Vorsicht und Sorgfalt. Vor allem dürfen die Venen nicht zu eng sein, und auch dann noch müssen sie durch möglichst starke Blutstauung ad maximum

erweitert werden. Man erreicht dies dadurch, dass man den Arm, welcher die am besten entwickelten Venen zeigt, zunächst eine Zeit lang gestreckt, mit fest geballter Faust herunter halten lässt, dann ihn mit der elastischen Binde so abschnürt, dass der arterielle Zufluss frei, der venöse Abfluss aber behindert ist. Nachdem man nun die Einstichstelle mit Aether abgerieben hat, löst man die Binde, bei immer noch herabgehaltenem Arm, wieder, um sie bei der nun eintretenden, durch starke Röthung erkennbaren Hyperaemie von neuem wieder anzulegen. Durch diesen Kunstgriff, den man mehrere Male wiederholen kann, gelingt es, selbst verhältnissmässig kleine Venen so zu erweitern, dass die intravenöse Injection, was wegen der im andern Falle auftretenden Schmerzen wichtig ist, leicht gelingt. Je stärker aber die Venen mit Blut gefüllt sind, um so geringer ist die Gefahr einer Schädigung der Blutkörper und des Gefässendothels, besonders wenn man darauf achtet, durch möglichst schnelles Entfernen der Ligatur die Bahn in dem Kreislauf baldigst frei zu machen und bei jeder Injection mit der Vene zu wechseln. Injectionen mit reiner Lösung von Natr. salicyl. verliefen nicht reactionslos. Es stellte sich dann heraus, dass man durch geeignete Zusätze Abhülfe schaffen kann, und dass folgende Lösungen am zweckmässigsten sind:

Rp. Natr. salicyl. 8,0
Coffein. Natr. salicyl. 2,0
Aq. dest. ad 50,0

oder:

Rp. Natr. salicyl. 8,75
Coffein. 1,25
Aq. dest. ad 50,0

Durch den Zusatz von Coffein, das bei subcutaner Anwendung eine lähmende Wirkung auf die sensiblen Nerven ausübt, wurde erreicht, dass die Injectionen vorzüglich vertragen werden, Schmerzen und sonstige locale Reizerscheinungen völlig ausblieben. Von den Lösungen wurden bei Erwachsenen 2 g, bei Kindern entsprechend weniger, mit der dazu am besten geeigneten Lieberg'schen 2 g-Spritze infundirt und die Einspritzungen je nach der Intensität der Erkrankung und der Dauer der Wirkung in Intervallen von zwölf Stunden bis drei Tagen so oft als nothwendig wiederholt. Der Effect aber war ein geradezu frappanter. Alle durch rheumatische Erkrankungen hervorgerufenen Schmerzen, mögen sie im Muskel, im Gelenk, im Nerven

oder in der Pleura ihren Sitz haben, verschwinden in allen Fällen fast sofort nach der Injection. Dass es sich hier um eine specifische Beeinflussung des rheumatischen Krankheitsprocesses handelt, das beweist einerseits die fast gleichzeitig direct nach der Injection vor sich gehende Abschwellung der Gelenke, andererseits die völlige Wirkungslosigkeit dieser Injectionen gegenüber allen aus anderen Ursachen hergeleiteten Schmerzen. Dabei fehlen alle störenden Nebenerscheinungen, die sonst der Salicyltherapie anhaften. Autor hat ca. 80 der verschiedenartigsten rheumatischen Erkrankungen der intravenösen Salicylbehandlung unterzogen (acute, subacute und chron. Poly- und Monarthritis, Ischias, Lumbago, Pleuritis) und dabei den Werth derselben schätzen gelernt. Glänzend bewährte sie sich bei Gelenkrheumatismen, welche mit polyarticulären flüchtigen Schwellungen bald dieses, bald jenes Gelenk befallen, aber dabei mit geringer oder ohne Temperatursteigerung verlaufen. Eine, höchstens zwei Injectionen genügten, um sofortige und endgültige Heilung herbeizuführen. Das Fieber beim acuten Gelenkrheumatismus wurde nicht beeinflusst. Obwohl Schwellung und Schmerzen nach der Injection verschwanden, blieb das Fieber in derselben Höhe. Nach jeder Injection schien dann eine allmähliche Abschwächung des gesammten Krankheitsbildes einzutreten, bis nach 5—6 Injectionen das Fieber verschwand und dann auch die Gelenkschwellungen ausblieben. Da der acute fieberhafte Gelenkrheumatismus erfahrungsgemäss durch interne Salicylbehandlung nicht selten schnell coupirt wird, so ist es rathsam, hier zuerst die interne Therapie zu versuchen, und erst wenn diese versagt oder aus irgend einem Grunde nicht durchgeführt werden kann, die intravenöse Behandlung an ihre Stelle zu setzen, die dann erst ihre besten Erfolge zeitigt. Denn das eigentlichste Feld dieser Behandlung liegt bei den rheumatischen Affectionen, bei denen die per os verabreichte Salicylsäure trotz hoher Dosen entweder ihre anfängliche Wirkung verloren oder überhaupt keine besessen hat. Das sind die oft monatelang sich hinziehenden, bald dieses, bald jenes Gelenk befallenden Recidive nach acutem fieberhaften Gelenkrheumatismus und ferner die oft fieberlos mit starken Ergüssen einhergehenden Fälle von monarticulärem Rheumatismus, welche mit Vorliebe Schulter- und Kniegelenk befallen und durch Salicyl per os meist völlig unbeeinflusst bleiben. Hier hören oft nach der ersten Injection die Schmerzen auf, die Bewegungsfähigkeit ist wieder herge-

stellt, die Anschwellung nimmt zusehends ab, und nach 3—4 Injectionen von 0,4 Natr. salicyl. tritt völlige Heilung ein. Auch bei Lumbago, Pleuritis etc. sind solche Erfolge zu erzielen, ohne dass Nebenerscheinungen zu Tage treten.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

— Einen **Fall von acutem Gelenkrheumatismus im Anschluss an ein Trauma** beschreibt Dr. Boseck (Stolp). Zwölfjähriges, völlig gesundes Mädchen fiel am 19. VI. 1903 eine Leiter herab und kippte dabei mit dem linken Fusse um, sodass es sich am linken Fussgelenk eine Distorsion zuzog. Schmerzen und Schwellung gingen bald zurück, kehrten aber am 24. VI. in verstärktem Maasse wieder, zugleich schwoll auch das rechte Fussgelenk an und wurde schmerzhaft. Am 25. VI. waren ausserdem noch beide Kniegelenke befallen, die Temperatur betrug 39,3°. Bei äusserlicher Application von Salicylvasogen trat Heilung ein. — Solch ein Fall ist wohl beweisend für den Zusammenhang zwischen Unfall und Gelenkrheumatismus.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 11).

**Seekrankheit.** **Anaesthesin** empfiehlt Dr. L. Schliep (Frankfurt a. M.) auf Grund der Erfahrungen, die er damit auf grösseren Seereisen gemacht hat. Verschiedenen Passagieren, die bei früheren Reisen stets unter S. gelitten, gab er 3—4 Anaesthesinpulver (in Oblaten oder Tabletten) à 0,5 g prophylaktisch in den ersten Stunden der Reise und wiederholte diese Dosis event. an den folgenden Tagen: die Mehrzahl blieb von der S. ganz verschont. Entschieden günstige Wirkung hatte das Mittel auch bei den ersten Anzeichen der S., ehe es noch zu Erbrechen gekommen war, weniger wirkte es bei voll entwickeltem Leiden. Wichtig ist es, im Anfang nicht zu kleine Dosen zu geben, 2—3 g und mehr pro die muss man reichen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

**Tetanus.** **Schrotschuss und T.**, so lautet die Ueberschrift einer Arbeit von Oberarzt Dr. G. Schmidt (Chirurg. Klinik Breslau). Die Thatsache, dass hin und wieder auf anscheinend harmlose Schussverletzungen T. folgt, hat jetzt ein Aufklärung darin gefunden, dass einwandsfrei nachgewiesen wurde, dass in den Fliesspappepfropfen der Militärplatzpatronen wie auch in dem dazu verwandten Rohstoff virulente Tetanusbacillen fast regelmässig enthalten sind.

Auf der Chirurg. Klinik in Breslau war bereits eine Prüfung dieser wichtigen Frage auch für nichtmilitärische Verhältnisse von Prof. v. Mikulicz angeordnet worden auf Grund eines Falles, der tödtlich verlief. In der Hand eines Mannes hatte sich eine mit Schrotpatronen geladene Radfahrerpistole entladen. Die nach den bisher allgemein gültigen Regeln mit aseptischem Trockenverband behandelte kleine Wunde am Unterarm schien anfangs reactionslos zu heilen. Nach einigen Tagen drängten Entzündungserscheinungen zu einem Einschnitt, den Pat. verweigerte, bis plötzlich deutliche Zeichen von T. auftraten, denen er binnen zwei Tagen trotz wiederholter Antitoxineinspritzungen erlag. Der bei der operativen Freilegung des Schusskanals gefundene Patronenpfropf wurde auf Meerschweinchen verimpft, die an T. starben. In letzter Zeit wurde ein ähnlicher Fall beobachtet. In der Hand eines jungen Mädchens entlud sich eine Taschenpistole, die Schrotladung drang in den Unterarm. Nach anfänglicher reactionsloser Heilung Contracturstellung des Unterarmes, nach weiteren zwei Tagen Trismus und Opisthotonus, dann ausgesprochener T., der trotz subcutaner und intrameningealer Antitoxineinspritzungen tödlich endete. Die Spaltung des Schusskanals förderte den Patronenpfropf zu Tage, der ebenfalls bei Thieren T. hervorrief. Dies Ergebniss kam nicht mehr überraschend, insofern als Autor in der Zwischenzeit bereits mit den Pfropfen verschiedener, in Waffenhandlungen gekaufter Patronen und mit dem Rohstoff aus einer Geschossfabrik Thierimpfungeu mit positivem Erfolge angestellt hatte. Warum aber hört man nicht häufiger von T. infolge von Schussverletzungen, wenn die käuflichen Patronen einen so gefährlichen Stoff enthalten? Weitaus die meisten Schussverletzungen (z. B. fast alle in selbstmörderischer Absicht vollführten) entstehen durch Kugelpatronen, insbesondere durch Revolverpatronen, welche für gewöhnlich einen Filz- oder Pappepfropf nicht enthalten. Es verbleiben also nur die Schrotpatronen und die zu Spiel- und ähnlichen Zwecken hergestellten, den Militärplatzpatronen gleichenden, geschossfreien Knallpatronen. Von den Schrotschussverletzungen fallen alle diejenigen fort, welche aus einiger Entfernung erzeugt werden, also der grösste Theil der Jagdunfälle, weil hier der Streuungskegel so gross ist, dass der Geschosspfropf nur ausnahmsweise und auch dann nur mit so verminderter lebendiger Kraft trifft, dass er, aus weichem Material bestehend, nicht so leicht einzudringen vermag, wie die harten Schrotkörner.

Es verbleiben somit nur die Schrotschussverletzungen aus nächster Nähe. Auch von ihnen kommen die durch Gewehrpatronen erzeugten in der Regel nicht in Betracht, weil durch sie alsdann meist so ausgiebige offene Wunden gerissen werden, dass die offene Wundbehandlung resp. die primäre antiseptische Desinfection und Tamponade angezeigt ist, die für die Tetanusbacillen ungünstige Bedingungen schafft. Wohl aber mahnen die bisher gerade als harmlos betrachteten Revolver- und Pistolenschrotverletzungen aus nächster Nähe mit kleiner Einschussöffnung zu grösster Vorsicht. Hier müssen wir, sobald der Verdacht besteht, dass der Geschosspfropf mit ins Gewebe eingedrungen ist, und solange noch keine gesetzliche Vorschrift durchgängig die Desinfection des verdächtigen Rohstoffes anordnet, von dem sonst den Schussverletzungen gegenüber gepflegten Grundsatz des primären aseptischen oder antiseptischen Schutzverbandes abgehen, müssen breit spalten, den Geschosspfropf suchen und entfernen, die Wunde drainiren. Kann man sich dazu nicht entschliessen, so sollte man mindestens eine Schutzimpfung mit Tetanusantitoxin vornehmen und den Pat. genau beobachten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 9.)

— **3 Fälle von T.** kamen, wie Dr. Tourneau mittheilt, kurz hintereinander in der Chirurg. Klinik in Göttingen vor. Der erste Fall begann acht Tage nach einer Verletzung (Schuss beim Wildern in die eine Fusssohle); es musste bei dem Pat., dessen Wunde jauchigen Eiter enthielt, incidirt werden. Einen Tag nach diesem Eingriff wurde bei einem Pat. eine Bruchoperation gemacht. Dieser Pat. bekam am neunten Tage nach der Operation T., und es musste hier die Infection durch die Operation am Vortage veranlasst worden sein. Es findet diese traurige Thatsache darin ihre Erklärung, dass bei der grossen Seltenheit des T. in Göttingen (derselbe war sieben Jahre nicht gesehen worden) man garnicht an die Möglichkeit dachte, dass im ersten Falle der Verletzte Tetanuskeime beherbergen könnte; sonst hätte man sich nicht mit der üblichen Asepsis begnügt, sondern hätte besondere Vorsichtsmaassregeln getroffen; allerdings ist ja gerade der Tetanusbacillus gegen Antiseptica und selbst gegen die Hitze ausserordentlich widerstandsfähig. In beiden Fällen wurde Behring'sches Serum angewandt. beide Male mit negativem Erfolge, obwohl es nicht nur innerhalb der ersten 30 Stunden, wie es Behring fordert, sondern sogar innerhalb der ersten 12 resp. 8 Stunden

nach Auftreten der ersten Erscheinungen injicirt wurde, Es wurde nicht der geringste Einfluss auf den Verlauf beobachtet, ja der Tod erfolgte sogar rasch, in fünf resp. drei Tagen nach Ausbruch des T. Im ersten Falle war ja freilich Pat. durch die eiternde Wunde schon allgemein inficirt, hatte hohes Fieber dadurch und war so wenig widerstandsfähig; im zweiten Falle aber handelte es sich um einen gesunden Menschen, dessen Organismus durch nichts geschwächt war (am neunten Tage nach der Operation war er durch diese auch nicht mehr angegriffen) und bei dem doch trotz frühzeitiger Anwendung des Serums dieses völlig versagte. Der dritte Fall verlief ausserordentlich rapid. Die Incubationszeit betrug nur 24 Stunden, drei Tage nach der Verletzung war Pat. schon todt. Serum konnte, da es nicht vorräthig war, nicht mehr angewendet werden, auch hätte es in diesem schweren Falle sicher versagt. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 10.)

**Tumoren.** Ueber **Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen** lässt sich Prof. P. v. Bruns (Tübingen) aus und fasst zunächst auf Grund fremder und eigener Beobachtungen die praktischen Erfolge, die auf der Anwendung der Röntgenstrahlen bei Krebskranken bisher erzielt worden sind, zusammen:

1. Die *Cancroide der Haut*, besonders in der Form des Ulcus rodens, geben die beste Aussicht für die Anwendung der Röntgenstrahlen; bei einer grossen Anzahl derselben ist völlige Heilung erzielt worden und stets eine kosmetisch schöne Narbe zurückgeblieben. Die Heilung vollzieht sich bei der klinischen Beobachtung in folgender Weise. Nach der Bestrahlung, bei der eine Expositionsdauer von 30—60 Minuten in 3—5 (neuerdings 1—3 Sitzungen) insgesammt gewählt wurde, tritt in dem Geschwür und der umgebenden Haut weder unmittelbar noch innerhalb der ersten 10—12 Tage eine deutliche Veränderung ein, nur macht sich etwa eine dunklere Färbung des Geschwürsgrundes und stärkere Secretion bemerkbar. Dann, nach 12—14 Tagen, tritt eine leichte erythematöse Röthung der umgebenden Haut ein, der harte Randwall wird weicher und flacht sich ab, das Geschwür bedeckt sich mit Granulationen, die den vertieften Grund ausfüllen und sich bis zum Niveau der Umgebung erheben. Vom Rande her erfolgt nun auffallend rasch die Ueberhäutung der granulirenden

Fläche. Die Zeitdauer bis zur Heilung beträgt bei kleineren und mittelgrossen Geschwüren 4—6 bis 8 Wochen. Die Narbe ist wenig sichtbar, glatt und weich, der Rand bleibt längere Zeit dunkel pigmentirt. Ueber den Bestand der Heilung sind die Erfahrungen noch zu gering. Einige Fälle sind nach ½—1 Jahr recidivfrei geblieben, in einigen sind schon vor der vollständigen Vernarbung einige Stellen von neuem ulcerirt und infiltrirt, in anderen bald nach der Vernarbung, was auf unvollständige Beseitigung des Carcinoms hinweist; einige wiederholte Bestrahlungen haben dann Heilung gebracht. Autor selbst hat sechs Fälle von Ulcus rodens zur Heilung gebracht, zwei der Wange, je eines der Stirn, Schläfe, Nase, Brusthaut; am meisten Eindruck machte die rasche Heilung des letzteren, die fast Handtellergrösse erreicht hatte und in sieben Wochen zur Heilung gelangte.

2. Die eigentlichen *Carcinome der tieferen Organe* sind bisher durch die Bestrahlung nicht geheilt, aber doch fast immer im Sinne der Heilung mehr oder weniger günstig beeinflusst worden. Autor hat diesen Einfluss fast nie vermisst. Die grosse Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle betrifft Brustkrebse. Da fast nur weit vorgeschrittene Fälle, nicht mehr operabel, hier in Betracht kamen, traten natürlich auch Misserfolge ein. Aber es liegt doch eine grosse Anzahl von Fällen vor, in denen solche inoperable Mammacarcinome auffällig gebessert und sogar der Heilung ziemlich nahe gebracht worden sind. Autor hat sechs Pat. mit inoperablen Mammacarcinomen, von denen vier nach des Operation recidivirt waren, mit Röntgenstrahlen behandelt. Bei einer noch in Behandlung stehenden Pat. verschwanden die lancinirenden Schmerzen, der faustgrosse, die ganze Brustdrüse einnehmende Tumor wurde beständig kleiner und weicher, die stellenweise tief eingezogene und unverschiebliche Haut frei und beweglich. In einem anderen Falle reinigte sich ein jauchendes Geschwür, verwandelte sich in eine granulirende Fläche und verkleinerte sich zusehends. Wiederholt sah Autor metastatische Carcinomknoten in der Haut vollständig verschwinden, zum Theil ohne Zerfall der Epidermisdecke; allein gleichzeitig tauchten in den nichtbestrahlten Parthieen neue Knötchen auf, und nach dem Aussetzen der Bestrahlung kamen auch im Bestrahlungsgebiete neue Knoten zum Vorschein,

Röntgenstrahlen sind also imstande, Krebsgewebe zum Schwund zu bringen und sogar weit vorgeschrittene und verzweifelte Fälle wesentlich zu bessern und hie und da der Heilung nahe zu bringen. Aber die Wirkung der Strahlen reicht in diesen Fällen nicht weit genug in die Tiefe, sodass hier das Carcinom weiter fortschreitet. Für die Unvollkommenheit der Erfolge sind gewiss auch die mangelhafte Ausbildung der Methode und Technik zu beschuldigen; vor allem fehlen noch allgemein gültige Regeln über die richtige Dosirung des Mittels. So weit sind wir aber schon, dass wir bemüht sind, die entzündliche Reaction ganz zu vermeiden, da wir jetzt wissen, dass sie für die specifische Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Krebsgewebe entbehrlich ist. Nur ist die Vermeidung der Reaction im Einzelfalle, abgesehen von der individuellen Empfindlichkeit, dadurch erschwert, dass die Röntgenstrahlen eine ganz auffallende Nachwirkung haben. Nach dem Latenzstadium, das 8—14 Tage dauert, setzen plötzlich die Reactionserscheinungen ein, in cumulirter Wirkung zu Tage tretend. Der Röntgenoperateur muss imstande sein, die der beabsichtigten Wirkung entsprechende Dosis von vornherein abzuschätzen, wozu er einer genauen Kenntniss der Qualität und Quantität der verwendeten Strahlen bedarf. Die Anwendung des Holzknecht'schen Chromoradiometers, welcher die verabreichte Strahlungsintensität zu messen gestattet, erleichtert diese Aufgabe, und es ist dem Autor gelungen, fast bei allen Patienten schädliche Nebenwirkungen zu vermeiden. Was die Heilwirkung der Röntgenstrahlen anbelangt, so üben dieselben eine ausgesprochen elective Wirkung auf die epithelialen Zellen aus; die charakteristischen Veränderungen bestehen in Degeneration und vollständigem Zugrundegehen der Carcinomzellen. *Freilich muss man heut noch sagen, dass die grosse Mehrzahl der Carcinome dieser Behandlung unzugänglich sind, dass aber bei den oberflächlich unter der Haut liegenden Carcinomen ein günstiger, jedoch unvollständiger Erfolg und nur bei den Cancroiden der Haut vollständige Heilung erzielt wird,* — ob auf die Dauer, muss die weitere Beobachtung lehren. Gewiss sind auch die bisherigen Erfolge bedeutungsvoll genug, um zu weiteren Versuchen dringend aufzufordern und die Technik namentlich in der Richtung auszubilden, dass die Tiefen-

wirkung der Strahlen gesteigert wird. Zu diesen Versuchen stehen uns zunächst nur solche Fälle zur Verfügung, denen im Falle einer erfolglosen Röntgenbehandlung durch den Aufschub der Operation kein Schaden erwächst, also die günstigsten und ungünstigsten Fälle. Auf der einen Seite das langsam wachsende Ulcus rodens: hier würde im Falle des Misserfolges ein Aufschub der Operation um einige Wochen keinen Schaden bringen; die Röntgenbehandlung dauert zwar länger, als die Operation mit dem Messer, aber sie erspart jede Operation, was namentlich bei alten Leuten entscheidend sein kann, und hinterlässt ungleich schönere Narben. Auf der anderen Seite die inoperablen Carcinome, namentlich der Mamma: hier kann die Bestrahlung von grossem Nutzen sein, indem die Schmerzen verschwinden, die jauchenden Geschwürsflächen sich reinigen und zum Theil überhäuten, der Tumor im Ganzen oder stellenweise zurückgeht, wenn auch meist an anderen Stellen die Neubildung weitergeht. Diese Versuche sollen aber nur in wohleingerichteten Anstalten mit grosser Vorsicht angestellt werden, da von unberufener Hand viel Unheil gestiftet werden kann. Das grösste Unheil würde aber dann entstehen, wenn das neue Mittel überschätzt und zu erfolglosen Curen verwendet würde, bis auch das Messer nicht mehr helfen kann; davor möchte Autor eindringlich warnen. So ist also das Heilmittel für den Krebs auch in den Röntgenstrahlen noch nicht gefunden, aber sie sind bedeutungsvoller als alle anderen Krebsmittel durch den Ausblick, den ihre Wirkung auf die specifischen Elemente des Carcinoms gewährt.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1904.)

— Einen casuistischen **Beitrag zur Aetiologie der Lipomatose** liefert Chefarzt Dr. F. Köhler (Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. Ruhr). Es sind betreffs der Aetiologie der Lipomatose verschiedene Theoricen aufgestellt worden. Nach des Autors Ansicht ist wohl der grösste Theil der Fälle auf Stoffwechselanomalieen zurückzuführen. Sicher zurückzuführen darauf ist die Beobachtung, die Autor bei einem Falle machte, der im Anschluss an die im Verhältniss zur früheren Ernährung ungleich gesteigerte Nahrungsaufnahme auftrat. Bei dem Pat. fielen neuropathische Belastung und nervöse Disposition, ebenso Erblichkeit und Alkoholmiss-

**brauch** fort. Die Lipomatose trat gewissermaassen acut auf, sie ging langsam zurück, sobald die gesteigerte Nahrungsaufnahme fortfiel. Es war also gewissermaassen der Organismus des Pat. bei der plötzlichen Aenderung der gesammten Lebensweise nicht auf dieselbe eingestellt, es fand keine allgemeine Verarbeitung, kein universeller Fettansatz statt, vielmehr eine an verschiedenen Stellen localisirte, unsymmetrische Fettbildung, in Gestalt kleiner T. Ob ein neuropathischer Einfluss dabei noch mitgespielt hat, ist natürlich nicht sicher zu entscheiden. Jedenfalls aber ist sicher, dass bei vorher völlig normaler Beschaffenheit der Hautthätigkeit und Hautconfiguration sich plötzlich lipomatöse T. bildeten, nachdem der Pat. unter günstigste Ernährungsverhältnisse gesetzt war. Handelte es sich auch nicht um eine Mastcur, so war immerhin die Ernährung in der Heilstätte eine unvergleichlich reichlichere als die häusliche, dazu keine Arbeit, vielmehr täglich fünfstündige Liegecur. Die nicht erwünschte Wirkung derselben, das Auftreten multipler Lipombildung, ist indessen nicht etwa gegen die Zweckmässigkeit der in den Lungenheilstätten üblichen Ruhecur zu verwerthen. Der Lungenbefund besserte sich ausserordentlich, sodass der Kranke die nicht erwünschte Beigabe ohne Unwillen mit in den Kauf nahm, durch die er absolut nicht behindert wurde, und die auch bei der Rückkehr in die gewohnten Verhältnisse mit reducirter Ernährung sich allmählich zürückbildete.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 16.)

**Vitia cordis.** **Klinische Erfahrungen über die Digitalis-Dialysate** publicirt Dr. A. Döbert (Krankenhaus Bethanien in Berlin). Es fehlte bisher ein auf einen bestimmten Titre eingestelltes und constant bleibendes Digitalispräparat, bis die Firma Golaz in Saxon (Schweiz) ihre Dialysate herstellte. Diese benützte Autor in mehr als 40 Fällen (chron. und acute Endo- und Pericarditis, Herzmuskelinsufficienz in Folge von Myocarditis, Arteriosklerose, Pneumonie, Emphysem-Bronchitis, chron. Nephritis), und zwar mit durchaus befriedigendem, manchmal überraschendem Erfolg. Freilich kamen auch Misserfolge vor, aber da liessen auch die altüblichen Präparate im Stich. Autor führt mehrere Fälle an, welche zeigen, dass die Dialysate im Stande sind, da, wo eine Digitaliswirkung erwünscht und möglich ist, eine solche schnell und sicher herbeizuführen; sie setzen Puls und Athmung herunter, verbessern das Allgemeinbefinden, steigern die Diurese, und zwar manchmal sehr

beträchtlich, sie lindern stenocardische Anfälle und vermögen selbst recht vorgeschrittene Oedeme und starken Ascites zu vertreiben. Deutliche Wirkung tritt am zweiten oder dritten, manchmal auch erst am vierten Tage ein. Als mittlere Dosis werden dreimal täglich 20 Tropfen gegeben; die aber unbedenklich bis fünfmal 20 Tropfen pro die gesteigert werden kann; allmählich wird die Dosis verringert. Ein Unterschied zwischen der Wirkung von Digitalis purpurea und der von Digitalis grandiflora wurde nicht gesehen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden selbst bei grossen Dosen und längerer Darreichung vermisst. Wir besitzen also im Dialysat der Digitalis purpurea und grandiflora ein sicheres Herztonicum ohne Nebenwirkungen und brauchen nicht mehr inconstante und ungleichmässige Präparate anzuwenden, welche früher oft daran schuld waren, dass die Digitaliswirkung ausblieb.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

— **Theocin in der Kinderpraxis** ist bisher noch wenig angewandt worden. Dr. L. Loewenmeyer (Berlin) berichtet nun über einen interessanten Fall, bei dem das 9jähr. Kind, das nach einer acuten Endocarditis eine Mitralinsufficienz davontrug, seit acht Monaten fast ununterbrochen Theocin erhält, das allein die schweren Compensationsstörungen zu beeinflussen im Stande ist. Das erste Mal, als das Krankheitsbild ein baldiges Ableben der kleinen Pat. erwarten liess (starke Oedeme und Cyanose, schwere Dyspnoe, Milz- und Lebertumor, Eiweiss u. s. w.) wurde dreimal täglich eine Tablette à 0,1 verordnet. Der Erfolg war durchschlagend. Innerhalb der ersten 24 Stunden trat ein Urinsturz von ½ Liter auf 3½ Liter ein, dann wurden täglich zwei Liter entleert, und nach sieben Tagen waren die Krankheitserscheinungen ganz bedeutend gebessert. Die Wirkung hielt aber nur kurze Zeit an, und seitdem muss von Zeit zu Zeit immer von Neuem Theocin ordinirt werden, sodass das Kind schon 20 Röhrchen, von denen jedes 20 Tabletten enthält, verbraucht hat. Die Tabletten helfen immer wieder, freilich sind jetzt zur Erzielung der Anfangsdiurese an einem Tage 5—6 Stück erforderlich, dann genügen weiter drei Stück pro die. Nachdem ein Röhrchen verbraucht ist, hält der Effect 1—2—3 Wochen an, dann ist neuerliche Anwendung erforderlich.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

— **Theocin** hat Dr. M. Hackl (Solln-München) bei vier Fällen von starkem Hydrops (einmal Vitium cordis, einmal Myo-

carditis, einmal Lebercirrhose, einmal Morbus Brightii) angewandt, musste aber jedesmal das Mittel sehr bald aussetzen, da auf jedes Pulver Uebelkeit und Erbrechen eintraten. In dem Falle von Nierenleiden, der äusserst schwer verlief, griff Autor, als schon uraemische Erscheinungen eingetreten waren, zu dem von Winternitz empfohlenen Thee von Birkenblättern und liess gewaltige Mengen davon trinken; statt des gefürchteten Exitus trat mächtige Diurese ein, und einen Monat später war die Pat. genesen.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

---

# Vermischtes.

— **Die unblutige Behandlung narbiger Magenveränderungen** gelang Dr. v. Tabora (Medicin. Klinik Giessen) in einem Falle. Eine 54jähr. Frau wurde am 27. IV. 1903 aufgenommen wegen Magenbeschwerden: Appetitlosigkeit, zeitweisem Brechreiz, vor allem aber äusserst heftiger Schmerzen, namentlich nach grösseren Mahlzeiten, aber auch manchmal unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Diese Beschwerden bestehen erst seit einem Jahre, ein weiteres Jahr vorher hatte Pat. aber schon mehrere Wochen lang Schmerzen in der Magen- und Lebergegend gehabt, die ohne Behandlung vergingen. Eigenthümliche Einziehung in der Gegend des Nabels; Haut an dieser Stelle auf der Unterlage gut verschiebbar, in der Tiefe aber deutliche strangförmige Resistenz zu fühlen, auf Druck äusserst empfindlich. Bei Kohlensäureaufblähung des Magens zeigt derselbe ausgesprochene „Sanduhrform"; kleine Curvatur steht etwas oberhalb des Nabels, die grosse — oder vielmehr die Verbindungslinie der beiden Theile derselben — ca. 3 Querfinger breit unterhalb desselben. Die Einziehung verändert sich bei der Aufblähung nicht, während rechts und links sich 2 kindskopfgrosse Säcke vorwölben, von denen der cardiale etwas grösser ist, als der pylorische. Die grosse Curvatur bildet gewissermaassen ein Dreieck mit der Spitze nach oben; die zwischen den beiden Dreieckseiten gelegene Parthie des Abdomens giebt bei Percussion helle Darmtympanie, über den beiden Magenhälften klingt der Schall dumpf und tief. Fehlen von freier HCl und Milchsäure,

sehr starke Herabsetzung der Pepsinverdauung, geringe Gesammtacidität nach Probemahlzeit; keine Herabsetzung der motorischen Function. Diagnose: Achylia gastrica mit (jedenfalls erworbenem) Sanduhrmagen. Diaet, Priessnitzumschläge, Wärme linderten die Beschwerden nicht. Da dachte Autor an das in der Dermatologie zur Erweichung von Narben benützte *Thiosinamin* und wandte es hier zur Erweichung der starren Magennarbe, die offenbar schuld an den Beschwerden war, an, und zwar 3 Monate lang, neben einer besonderen Art von *Massage über dem geblähten Magen*" (s. unten). Injicirt wurde alle 2 Tage 1 ccm einer 20 %igen Glycerinwasserlösung von Thiosinamin unter die Haut der Arme, was ohne Beschwerden vertragen wurde und geradezu verblüffenden Effect hatte. Von Woche zu Woche glich die Knickung der grossen Curvatur sich immer mehr aus, tiefer Magenschall trat an der Stelle des schmalen Isthmus auf, schliesslich liess sich die untere Magencontour als eine nach Inspection, Palpation und Percussion völlig gleichmässig nach unten convexe Linie abgrenzen. In demselben Maasse fortschreitend liessen die Beschwerden nach, Pat. nahm beträchtlich an Gewicht zu und ist als geheilt anzusehen. Zur Dehnung der erweichenden Narbe wurde gleichzeitig auch jenes Massageverfahren angewandt, welches sich folgendermaassen gestaltet: Der Arzt steht rechts, ein Assistent (Krankenschwester) links vom Bette des Pat. Die Magensonde, an die Pat. hinreichend gewöhnt sein muss, wird eingeführt und mit einem einfachen Gebläse armirt, dessen Führung der Assistent übernimmt. Durch mehrmaliges Zusammendrücken des Ballons wird die Magenwand in mittlere Spannung gebracht und hierauf massirt, und zwar ausschliesslich mittelst Effleurage. Entweicht unter dem Druck der massirenden Hand die Luft als Ructus, so wird durch Druck auf den Ballon entsprechend nachgefüllt. Bei dem Verdacht auf Ulceration oder frischere entzündliche Processe ist diese Methode natürlich contraindicirt, sonst aber ist sie die einzige Form der Massage, bei der eine unmittelbare Einwirkung auf die Magenwand möglich ist. Sie hat sich dem Autor auch bei perigastritischen Verwachsungen wiederholt sehr bewährt. Thiosinamin sollte aber fortan ebenfalls bei „inneren" Narben mehr versucht werden.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904.)

— **Die Wirkung der elektrischen sinusoïdalen Wechselstrombäder auf die Circulationsorgane** hat Dr. Franke (Bad

Nauheim) untersucht und fand eine durchschnittliche Steigerung des Blutdrucks, wenn er vorher abnorm niedrig war, um 8,5 mm Hg., eine Herabsetzung der Pulsfrequenz um 5 Schläge pro Minute und Zunahme des Arterientonus bei arterio-paretischen Zuständen; ferner zeigte sich ein Rückgang der Herzdilatation, welche durch Percussion und Palpation nachgewiesen wurde. Autor empfiehlt daher in gewissen Fällen von Herzkrankheiten eine Unterstützung der Nauheimer Cur durch diese elektrischen Bäder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 14.)

— Herr Dr. Ulmann (Walk in Livland) schreibt uns: In No. 6 der „Excerpta medica" las ich eben einmal von dem **durch die Primeln verursachten Ekzem,** sodann von der **Therapie mit rothem Licht.** Gestatten Sie mir, Ihnen zu beiden Fragen ein paar Mittheilungen aus meiner Praxis zu machen. *Ad 1.* Zwei Schwestern, über 70 Jahre, haben einen prächtigen Busch der Primula obconica, eine Pflanze, die sich durch perpetuelles Blühen auszeichnet. Fast zwei Jahre pflegte die eine Schwester die Pflanze ohne irgend eine Schädigung ihrer Haut. Dann aber kam ein trocknes Ekzem an Gesicht und Händen, das sehr hartnäckig war und erst — ohne irgend welche Desquamation — schwand, als Pat., die mittlerweile von der Primelkrankheit gehört, die Pflanze völlig mied. Ihre Schwester aber ist immun. Ebenso leidet von zwei Mägden dieser Dame die eine sofort, wenn sie die Pflanze pflegt, während die Andere immun ist. — *Ad 2.* Zwei Brüder von 3 und 1½ Jahren — der Aeltere einmal vaccinirt, der Jüngere gar nicht — erkranken an Pocken. Der Aeltere hat Varioloiden, spärliches Exanthem, fast ungetrübtes Wohlbefinden. Der Jüngere mächtigen Ausschlag. Ich führte streng rothes Licht ein, und zu meinem Staunen hatte auch der 1½jährige nur Varioloiden, item es trat kein Eiterungsfieber am neunten Tag auf, obgleich das Kind entsetzlich aussah, und es befand sich stets wohl, ass mit trefflichem Appetit und ward rasch gesund. War nun dies ein Fall Varioloiden, die auch bei nie Geimpften vorkäme, oder hat das rothe Licht das Wunder gethan?

— **Adrenalin und andere Nebennierenpräparate in der Gynaekologie** mit Erfolg angewandt hat Dr. Carl Peters (Dresden). Er hat z. B. bei *Endometritis* in vielen Fällen, in denen er in der Sprechstunde der intrauterinen Aetzung, zu der er nach Menge ausschliesslich Formalin (30%)

benützte, die Adrenalinanwendung vorausschickte, gute Erfolge gesehen. Er legte für $1^1/_2$—2 Minuten vor der Aetzung ein watteumwickeltes Menge'sches Hartgummistäbchen ein, welches in Adrenalin (1:2000—3000) getaucht war, um die Uterusmucosa zu anaemisiren. Es ist leichtverständlich, dass das Aetzmittel alsdann tiefer und intensiver auf die Schleimhaut einwirkt. Beim Betupfen eines *Ektropiums* mit in Adrenalin getränkter Watte, die man einige Minuten andrückt, sieht man die mehr oder weniger starke Abblassung der entzündeten Schleimhaut. Die Wirkung einer anschliessenden Aetzung mit 50% Chlorzink ist dann sichtbar stärker. Man verringert also auf diese Weise die Zahl der nothwendigen Aetzungen und erzielt oft wesentlich schnellere Heilung. Freilich erlebte Autor auch 2 mal im Anschluss an die geschilderte intrauterine Behandlung eine bis 14 Tage dauernde intermenstruelle Blutung, wohl ein Zeichen dafür, dass in der durch das Adrenalin (1:2000, 2 Minuten liegend) anaemisirten, im Volumen geschrumpften Schleimhaut die Aetzwirkung des Formalins zu tiefgreifend war, sodass nach Abklingen der Adrenalinwirkung das wieder einströmende Blut die durch die Aetzung lädirten Capillarwandungen allmählich durchdringen konnte. Eine gewisse Vorsicht ist also, zumal bei ambulanter Verwendung des Adrenalin, doch angezeigt, vielleicht am besten eine prophylaktische Tamponade der Vagina mit einigen Wattetampons. Auf intrauterine Tamponade verzichtete Autor stets, auch in den Fällen, wo er nach der Curettage der Aetzung mit 30% Formalin die Adrenalinanwendung zur genauen Blutstillung und Trockenlegung vorausschickte. Es trat hiernach nie eine Nachblutung ein, doch tamponirte Autor bisweilen die Vagina resp. liess protrahirte heisse Vaginalspülungen mehrere Tage hindurch verabreichen. Einen guten Erfolg erzielte er ferner bei einer *Urethritis chron. gonorrhoica,* welche zu einer sehr starken Verdickung und Empfindlichkeit der Harnröhre geführt hatte, sodass Pat. ausser starken Schmerzen beim Wasserlassen, das lästige Gefühl einer Schwellung in der Scheide hatte. Mit Suprarenin 1:2000 mit der Sonde auf Watte eingelegt (2 Minuten) und nachfolgender Einwirkung von 1% Arg. nitr. Lösung erzielte er schnelle Rückbildung der Schwellung und Schwinden der Schmerzen. Die glänzendsten Erfolge aber zeitigte Adrenalin bei acuter *Vulvitis und Pruritus vulvae et ani.* Ein Beispiel: 37 jähr. Virgo, seit 8 Wochen Pruritus und acute Vulvitis heftigsten Grades,

schon die verschiedensten Behandlungsmethoden versucht, alles vergeblich; hochgradige Entzündung und Oedem der Theile, schreckliches Jucken. Nach 4 Minuten langem Andrücken eines mit Suprareninlösung 1 : 2000 getränkten Wattebausches alsbald Anaemisirung und Schrumpfung der ganzen oedematös entzündeten Parthie, Entfärbung bis weissbläulich, Aetzen der Rhagaden mit Höllensteinstift, Einfetten mit Byrolin, Sistiren jeglicher Waschung und Spülung. Nach der ersten Application von Suprarenin bereits wesentliche Besserung. Nachts legte Pat. Watte mit Lösung 1 : 3000 getränkt vor die Vagina. Schon in der ersten Nacht endlich Schlaf. Tagsüber 2 mal kurz Suprarenin. Schon 24 Stunden nach Beginn der Behandlung konnte Pat. an einer Gesellschaft theilnehmen, was vorher einfach unmöglich war. Nach 11 tägiger Behandlung Heilung. Autor benützte zu seinen Versuchen ausser dem englischen *Adrenalin* noch das *Renoform. solut.* (Freund u. Redlich) und am häufigsten das *Suprarenin. hydrochloric.* (Höchst) in Lösungen von 1 : 1000—3000, intrauterin nie stärker als 1 : 2000 ($1\frac{1}{2}$—2 Minuten). Die Verdünnungen stellt man sich am besten mit physiolog. Kochsalzlösung selbst aus der Stammlösung 1 : 1000 her. Ein wesentlicher Unterschied an Wirksamkeit zeigte sich bei den drei Präparaten nicht, weshalb Autor das billigste, das Suprarenin (eine Originalflasche zu 10 g Lösung 1 : 1000 Mk. 1.50), am meisten empfiehlt. Unangenehme Nebenwirkungen sah Autor nie. (Der Frauen-Arzt 1904 No. 1 u. 2.)

— **Die Palpation des Abdomens im warmen Vollbade** wendet Prof. Dr. G. Sticker (Giessen) seit einem Jahrzehnt an, und zwar mit solchem Vortheil, dass manche Narkose, mancher Bauchschnitt dadurch überflüssig gemacht wurde. Denn im Vollbade gelang es in zahlreichen Fällen, krankhafte Verlagerungen und Anheftungen der Baucheingeweide, Vergrösserungen und Schrumpfungen der Leber, Milz, Nieren, Steinbildungen in der Gallenblase und im Nierenbecken, Exsudate, Narbenstränge, Tumoren tastbar zu machen, die vorher nur undeutlich oder gar nicht zu fühlen waren. (Centralblatt f. innere Medicin 1904 No. 9.)

— Ueber **Herzuntersuchung** giebt Prof. F. A. Hoffmann (Leipzig) beherzigenswerthe Winke und stellt zum Schluss folgendes Schema auf:

Auffallende Stärke des ersten Tones an der Spitze:

1. bei Basedow und Nervosität überhaupt,

2. bei Mitralstenose,
3. ist bei Klappenfehlern ein Zeichen einer gestörten Compensation.

Dieses Vorkommen als Symptom bei Arteriosklerose anzuführen, muss ich für unwichtig erklären.

Auffallende Schwäche des ersten Tones an der Spitze:
1. bei Myocarditis, Synechie, Ergüssen in den Herzbeutel,
2. bei Mitralinsufficienz,
3. wenn die Compensation der sonstigen Klappenfehler Schaden leidet,
4. bei Fettherz.

Auffallende Stärke des zweiten Tones an der Spitze:
1. bei auffallender Stärke des zweiten Tones an der Basis,
2. relative Stärke (d. h. dieser Ton wird stärker, als der erste, weil der erste schwächer wird) bei Fettherz.

Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Spitze: bei Myocarditis, Synechie und Ergüssen in den Herzbeutel. Dabei wird oft auch der erste Ton sehr schwach, gelegentlich beide Töne unhörbar.

Auffallende Stärke des ersten Tones an der Basis bedarf noch guter Beobachtung mit Sectionen, wenn es nicht einfach die Fortleitung des starken ersten Tones an der Spitze ist.

Auffallende Schwäche des ersten Tones an der Basis hängt direkt mit der des ersten Tones an der Spitze zusammen.

Auffallende Stärke des zweiten Tones an der Aorta bedeutet Verstärkung der Thätigkeit des linken Ventrikels. Besonders schön bei manchen Stenosen der Aortenklappe.

Auffallende Stärke des zweiten Tones an der Pulmonalis bedeutet Verstärkung der Thätigkeit des rechten Ventrikels. Hier kann die Arteriosklerose vorhanden sein, sie muss aber nicht vorhanden sein, sie wird nicht direkt durch die sklerotische Wand der Arterie erzeugt, auch das eigenthümliche Klingen des zweiten Tones mit tiefer Vibration ist nicht ein Zeichen der Arteriosklerose an und für sich, kann nur einen Verdacht begründen und weist auf abnorme Spannung der Aortenwand hin.

Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Aorta bis zum Fehlen wird bei Aortenklappeninsufficienz und Stenose beobachtet. Die Bedeutung dieses Zeichens ist noch nicht festgestellt. Bei Infectionskrankheiten zusammen mit Schwäche des zweiten Pulmonaltones ein sehr ungünstiges Symptom, welches auf grosse Schwäche der Herzthätigkeit hinweist (z. B. bei Myocarditis diphtheritica).

Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Pulmonalis bedeutet bei Fehlern an der Mitralklappe eine ungenügende Compensation.
Auffallende Schwäche der Töne an der Basis im Vergleich zu denen an der Spitze bedeutet Potatorenherz.
Auffallende Schwäche der Töne an der Spitze im Vergleich zu denen an der Basis: Fettherz.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

— **Klinische Erfahrungen mit Protylin und dessen Eisen- und Bromcombinationen** veröffentlicht Dr. v. Bilgorajski k. k. Wilhelminenspital Wien). Autor hat mit diesem fast geruch- und geschmacklosen Phosphoreiweisspräparat bei 30 Fällen Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen. Das Präparat bewährte sich bestens in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten, bei heruntergekommenen anämischen Personen, bei Nervösen, bei scrophulösen und rhachitischen Kindern. Zum Theil wurde es allein ordinirt, (Kinder von 1—5 Jahren erhielten 1—2 abgestrichene Kaffeelöffel pro die, Kinder von 5—12 Jahren 1—3 Kaffeelöffel, Erwachsene 2—4, fertigen Speisen, wie Suppen, Gemüsen, Breien etc. nachträglich beigerührt), zum Theil abwechselnd mit Eisen- resp. Bromprotylin, welche Präparate sich in entsprechenden Fällen (Anaemie, Chorea, Neurasthenie etc.) ebenfalls als recht brauchbar erwiesen. (Wiener klin. Rundschau 1904 No. 11 u. 12.)

— **Alkoholverbände** wirken sehr schmerzstillend, das bestätigt Dr. O. Amrein (Arosa), der bei eitrigen Processen, *Panaritium*, *Lymphangitis* etc. nicht nur schnellere Rückbildung der beginnenden und Einschränkung der vorgeschrittenen Processe sah, sondern auch die schmerzstillende Eigenschaft solcher Verbände schätzen lernte. Sehr auffallend war die Milderung der Schmerzen bei einem Falle von *Perityphlitis* und in einem von *Spondylitis tuberculosa*.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— **Heroin. muriat. bei Neurasthenia sexualis** wandte H. Higier (Warschau) mit recht zufriedenstellendem Erfolg an, so z. B. bei sechs Fällen von nächtlichen Samenergüssen, die 3 und 4 mal wöchentlich, bei zwei Pat. sogar 2 mal in der Nacht aufzutreten und von grossem Unlust- und Schwächegefühl, Kopf- und Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit etc. begleitet zu sein pflegten, ebenso in zwei Fällen von krankhaft gesteigerter Geschlechtslust bei Tabes incipiens und drei von Neurasthenie in Folge geschlechtlicher

Ausschweifungen und Masturbation. Um rasche und anhaltende Wirkung zu erzielen, bedarf es aber grosser Dosen, am besten über 1 cg, jeden Abend vor dem Schlafengehen eine Woche gereicht (in Form von Pulvern, Pillen, Suppositorien), in der 2. Woche jeden zweiten Abend, in der 3. Woche jeden dritten Abend. Der Organismus gewöhnt sich allerdings leicht an das Mittel, das dann einige Tage auszusetzen ist. Bei den meisten Neurasthenikern besserte sich mit dem Schwinden der localen Symptome sehr rasch der Allgemeinzustand, die Stimmung, Arbeitsfähigkeit u. s. w. Als Anaphrodisiacum verdient Heroin jedenfalls nachgeprüft zu werden.

(Neurolog. Centralblatt 1904 No. 6.)

— Eine merkwürdige **vorübergehende Lageveränderung des Hodens** beobachtete Dr. Wanser (Stadtamhof). Bei dem an einem linkseitigem äusseren Leistenbruch seit langer Zeit leidenden Pat. hatte sich, als er in gebückter Stellung Flaschen etikettirte, sein Bruchband verschoben. Als er sich aufrichtete, um das Bruchband wieder in Ordnung zu bringen, hatte er plötzlich schwere kolikartige Schmerzen im Leib; unwillkürlich fühlte er nach, ob der Bruch sich etwa eingeklemmt habe. Dies war nicht geschehen, dagegen war der linke Hode nirgends mehr zu fühlen. Autor musste diesen Defect bestätigen; mit dem Finger in den für den Daumen durchgängigen Bruchcanal eindringend, fand er denselben vollständig leer, das linke Hypogastrium auffallend druckempfindlich; hustete Pat. stark, so fühlte man mit dem im Leistencanal liegenden Finger, wie ein rundliches Gebilde in denselben eintrat, das bei weiterem starken Pressen des Pat. und gleichzeitiger Massage von oben nach unten in der Richtung des Leistencanals immer mehr sich abwärts schob und schliesslich in den Scrotalsack herabglitt. Es war der linke Testikel, der, von normaler Grösse, jetzt wieder völlig normal lag. Bei weiterem Pressen war jetzt im Bruchcanal deutlich die andrängende Hernie zu fühlen. Jedenfalls war hier ein *offen gebliebener Processus vaginalis* vorhanden. Beim Bücken hatte sich die Pelotte des Bruchbands verschoben und, als Pat. aufstand, den Hoden mit in die Höhe genommen und in den Leistencanal gepresst. Da derselbe, wie sich bei späteren Untersuchungen ergab, nach der Bauchhöhle zu trichterförmig erweitert war, konnte, nachdem der Testikel den äusseren Leistenring passirt hatte, einer Verschiebung desselben in die Bauchhöhle nichts im Wege stehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

# Bücherschau.

— Dr. A. Heermann's **Vorschriften aus dem Gebiete der Krankenpflege** (Leipzig, Hartung & Sohn) sind auf einzelnen Abreissblättern gegeben (sämmtliche 20 kosten Mk. 2.—, Parthieen von je 6 Stück 20 Pfg.), welche Pflegern und Patienten übergeben werden sollen, damit diese schwarz auf weiss es haben, wie dies und das am besten zu machen ist. Von den 20 Blättern nennen wir „Klystiere“, „Vollbäder“, „Halbbäder“, „Begiessungen“, „Kinderpflege“, „Pflege der Wöchnerinnen“, „Pflege bei ansteckenden Krankheiten“. Ein breiter Rand bietet Raum für einzelne besondere Vorschriften. Wir halten diese Blätter für recht praktisch und zweckmässig. Das Princip hat sich ja auch schon genügend erprobt bei den in gleichem Verlage erschienenen Bornträger'schen **Diaet-Vorschriften für Gesunde und Kranke,** von welchen jetzt bereits die 4. Auflage vorliegt. Es sind in dieser Auflage neue Zettel hinzugekommen, die früheren erweitert und verbessert worden, sodass diese Vorschriften noch weiterer Beliebtheit sich erfreuen werden.

— Wenn der Mediciner von dem von Seifert und Müller verfassten **Taschenbuch der Medicinisch-klinischen Diagnostik** spricht, so sagt er kurz „der Müller-Seifert“, und es weiss jeder, was damit gemeint ist. Solcher Popularität erfreuen sich wenige Bücher der medicinischen Literatur, und es ist kein Wunder, wenn von dem Büchelchen Auflage für Auflage erscheint. Es liegt jetzt bereits die 11. vor (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden. Preis: Mk. 4.—), nachdem im Jahre 1886 das Werk zum ersten Male erschienen ist. Da in der vorletzten Auflage eine vollständige Neubearbeitung stattgefunden, hatten die Verfasser bei dieser nur geringe Aenderungen nöthig; wo diese aber erforderlich erschienen, wurden sie von den sorgfältigen Autoren auch gewissenhaft ausgeführt, so dass das kleine Buch auch jetzt wieder im vollstem Maasse seiner Aufgabe gerecht werden wird.

— **Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) schreitet sehr erfreulicher Weise rüstig vorwärts. Wieder ist eine grössere Serie von Lieferungen (99—111) erschienen, die einen ebenso reichen wie vorzüglichen Inhalt

aufweisen. Wir nennen von den darin enthaltenen Vorträgen: C. Wernicke: „Der aphasische Symptomencomplex", G. Joachimsthal: „Die Belastungsdeformitäten im Bereiche der unteren Extremität", J. Schäffer: „Die bullösen Hautaffectionen", H. Kronecker: „Die Bergkrankheit", O. de la Camp: „Congenitale Herzleiden", A. Pribram: „Albuminurie", H. Schmidt-Rimpler: „Hygiene des Auges", V. Czerny: „Acute infectiöse Osteomyelitis", M. Jaffe: „Indicanurie und ihre pathologische Bedeutung", H. Lüthje: „Der Puls", E. Siemerling: „Graviditäts- und Puerperalpsychosen", H. Fritsch: „Klimacterische Beschwerden", J. Jadassohn: „Die Behandlung der acuten Gonorrhoe".

— Von dem von uns bereits besprochenen, von Senator und Kaminer herausgegebenen Werke **Krankheiten und Ehe** (J. F. Lehmann's Verlag München) ist Abtheilung 2 erschienen. Dieselbe enthält folgende Arbeiten: H. Senator „Constitutions-(Stoffwechsel-)Krankheiten und Ehe, Rosin „Blutkrankheiten u. E.", v. Leyden und Wolff „Krankheiten des Gefässapparates u. E.", Kaminer „Krankheiten der Athmungsorgane u. E.", Ewald „Krankheiten des Verdauungsapparates u. E.", Richter „Nierenkrankheiten u. E.", Hoffa „Krankheiten des Bewegungsapparates u. E.", Abelsdorff „Augenkrankheiten u. E.". Auch diese Arbeiten verdienen durchweg das Prädicat „vorzüglich" und bilden für den Praktiker eine überaus interessante und lehrreiche Lectüre.

— **Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene**, unter diesem Titel erscheint seit kurzem, herausgegeben von Dr. K. Ries in Stuttgart, im Verlage von W. Malende, Leipzig, eine Zeitschrift, welche es sich zur Aufgabe macht, es dem Praktiker zu ermöglichen, sich ohne Mühe über alles Neue auf dem Gebiete der Harnkrankheiten zu orientiren, ebenso aber auch durch zusammenfassende Arbeiten, die eher dem Specialisten geläufigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Krankheitserscheinungen seitens der Harnorgane, die zum Theil noch in das Gebiet des Dermatologen, Gynaekologen, Internisten, Chirurgen hineinreichen, dem Praktiker in präciser und einfacher Form vor Augen zu führen. Auch die Nierenerkrankungen, Nierenchirurgie, Stoffwechselerkrankungen sollen volle Berücksichtigung finden, desgleichen die sexuellen Erkrankungen, auf deren Hygiene ein Hauptgewicht gelegt werden

**soll.** Zur Durchführung dieses Programms hat der Herausgeber zahlreiche hervorragende Mitarbeiter gewonnen, und die ersten bisher erschienenen Hefte, die reich an Originalarbeiten, Referaten, Besprechungen etc. sind, lassen darauf schliessen, dass die neue Zeitschrift in der That dem Praktiker wesentliche Dienste leisten wird. Preis des Jahrgangs: Mk. 8.—.

— Eine prächtige Satire auf das Curpfuscherwesen ist bei Seitz & Schauer (München) erschienen unter dem Titel: **I. Deutscher Curpfuscher-Congress,** abgehalten am 1. April im grossen Gesundbete-Saale zu Berlin, Original-Bericht von Kasimir Wasserburger. Das kleine Büchlein (Preis: 50 Pfg.) ist mit bestem Humor abgefasst und wird sicher bei den Aerzten Anklang finden.

— **Die Augenärztlichen Operationen** von W. Czermak (Verlag von K. Gerold's Sohn, Wien), das in Lieferungen erscheinende Werk, scheint nunmehr wieder regelmässig weiterzuschreiten. Jetzt ist das 15. Heft (Preis: Mk. 2.—) erschienen, in welchem der Verfasser in gewohnt vollendeter Weise seine Darbietungen fortsetzt.

— Nunmehr ist auch der 2. (Schluss-)Band des Leyden'schen **Handbuchs der Ernährungstherapie** erschienen (G. Thieme, Leipzig. Preis: Mk. 14.—), sodass das ausgezeichnete Werk in seiner zweiten Auflage vollendet vorliegt. Der 2. Band erhält die specielle Ernährungstherapie bei den einzelnen Krankheitsgebieten, bei Lungentuberculose (Dettweiler), Halskrankheiten (F. Klemperer), Krankheiten des Verdauungscanals (Boas, Ewald, Stadelmann), Nervenkrankheiten (Jolly), Anaemie, Chlorose, Leukaemie, Basedow- und Addison'scher Krankheit, Myxoedem (Nothnagel), Stoffwechselkrankheiten (v. Noorden, Minkowski), acuten Fieberkrankheiten (Leyden, G. Klemperer), chron. Herzkrankheiten (Fr. Kraus), Krankheiten der Nieren und Harnwege (F. Klemperer), Störungen der Geschlechtsfunction und Syphilis (Fürbringer), Hautkrankheiten (Lassar), Krankheiten der Frauen (v. Winckel), Kinderkrankheiten (Biedert), im Greisenalter (Renvers), nach Operationen (Kehr). Die Ernährungstherapie bildet heut zu Tage einen ungemein wichtigen Factor unserer Heilbestrebungen, und wer sich über die näheren Details dieses Gebietes genau unterrichten will, dürfte kaum ein zweites Werk finden, durch

dessen Studium ihm dies besser gelänge, als bei dem Leyden'schen Handbuch. — Im gleichen Verlage erschienen zwei kleine Bücher, die eine recht interessante Lectüre bilden. Das eine, verfasst von M. Jastrowitz führt den Titel: **Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen** (Preis: Mk. 1.—), ein Vortrag, den der Autor im vorigen Jahre im Verein für innere Medicin zu Berlin hielt, das andere (Preis: Mk. 2.—) hat den bekannten Physiologen J. Rosenthal zum Verfasser und ist betitelt: **Der physiologische Unterricht**. Das Buch enthält eine Reihe gehaltener Vorträge und bereits publicirter Arbeiten. wie: „Die Stellung der Physiologie im medicinischen Unterricht", „Die Vorbildung zum Studium", „Naturforschung und Schule", „Studienplan für die Studierenden der Medicin".

— Einen **Bericht über 137 Gallensteinoperationen aus dem letzten Jahre** liefert Prof. Kehr in einem 300 S. starken Buche (J. F. Lehmann's Verlag, München. Preis: Mk. 5.—), in welchem er auch die nicht operirten Fälle berücksichtigt und so gerade dem prakt. Arzte ein Material bietet, aus dem er reiche Anregung schöpfen und viel lernen kann. Auch die Operationsfälle, die in eingehenden Krankengeschichten dem Leser vor Augen geführt werden, bilden für den Praktiker eine interessante und lehrreiche Lectüre, zumal sie den ersteren Fällen gegenübergestellt, genau die Indicationen zeigen, nach denen Kehr operirt und die Operation sein lässt. Die Cholelithiasis ist eine so häufige Affection, Diagnose, Prognose und Therapie bieten oft solche Schwierigkeiten dar, dass die Publicationen Kehr's, die uns einen Wegweiser, wie man sich ihn nur wünschen kann, bieten, hochwillkommen sein müssen. So wird auch das vorliegende Buch zweifellos freudig begrüsst werden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
nfang eines jeden Monats.

№ 10.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juli XIII. Jahrgang 1904.

**Arteriosklerose.** Marchand (Leipzig) spricht über **Arteriosklerosis.** Thesen:

1. Zur A. im weiteren Sinne sind alle diejenigen Veränderungen der Arterien zu rechnen, die zu einer diffusen oder knotigen Verdickung der Wand, besonders der Intima führen, in deren Entwickelung degenerative Zustände (fettige Entartung mit ihren Folgen), Sklerosirung und Verkalkung (mit Einschluss der Verkalkung der Media) auftreten.

2. Der Process ist in seiner Gesammtheit degenerativer Natur, wenn auch in seinem Verlauf theils entzündliche Veränderungen, theils productive Gewebswucherungen vorkommen.

3. Die reine Hypertrophie der Media ist von der A. zu trennen, ebenso die syphilitische Arteriitis der mittleren und kleinen Arterien und verwandte Processe.

4. Die Bindegewebswucherung der Intima ist bei der A. im wesentlichen hyperplastischer Natur; die Vermehrung der elastischen Elemente der Intima tritt vorwiegend durch Abspaltung neuer Lamellen von denen der gewucherten elastisch-musculösen Schicht der Aorta, von der Elastica interna der übrigen Arterien ein, während bei den sogen. chronisch entzündlichen Processen die Fasern in gleicher Weise wie im Narbengewebe neugebildet werden (Jores).

5. Die A. ist in erster Linie die Folge der mechanischen Einwirkungen einer abnorm gesteigerten Inanspruchnahme (functionellen Anstrengung) der Arterien (vermehrte Füllung, wechselnde oder dauernde Drucksteigerung), unter-

stützt durch allgemeine oder locale Schädlichkeiten, allgemeine Ernährungsstörungen, toxische und infectiöse Processe, hereditäre Anlage, Temperatureinflüsse u. s. w.

6. Eine durch vorwiegende (degenerative und entzündliche) Betheiligung der Media und Adventitia ausgezeichnete Sklerose der Brustaorta wird in vielen Fällen durch Syphilis verursacht; in gewissen Fällen kommt es dabei zur Entwicklung von gummösen Herden in der Gefässwand, doch ist der Ausdruck „gummös“ nicht auf die allgemeine Verdickung der Intima anzuwenden. Daher empfiehlt es sich vorläufig, diese Erkrankung als „schwielige Aortensklerose“ oder Aortitis (Mesaortitis productiva Chiaris) zu bezeichnen.

7. Der Anfang des arteriosklerotischen Processes scheint in einer Schädigung der elastischen Elemente und zwar in erster Linie der elastisch-musculösen Schicht der Intima, aber auch der elastischen Elemente der Media der Aorta, sowie der Elastica interna der mittleren und kleineren Arterien zu bestehen.

8. Die oberflächliche fettige (atheromatöse) Entartung der Intima der Aorta bei jugendlichen Individuen ist bereits als Theilerscheinung des Processes zu betrachten.

9. Die Degeneration der elastischen Elemente hat eine umschriebene oder mehr verbreitete Ueberdehnung der Gefässwand zur Folge, welcher die gleichzeitig eintretende Verdickung der Intima entgegenwirken kann. Die diffuse Verdickung (diffuse A. Thomas) kann eine compensatorische Bedeutung haben.

10. Bei der knotigen A. tritt der degenerative Charakter stets in den Vordergrund; sie bedingt stets eine Schädigung der Gefässwand.

11. Die Ansicht von Thoma, dass die Verdickung der Intima (in beiden Fällen) durch eine Verlangsamung des Blutstromes hervorgerufen wird, ist nicht aufrecht zu erhalten.

12. Die Verkalkung der Media der Arterien der Extremitäten (besonders der unteren) ist zwar anatomisch von der gewöhnlichen A. verschieden, ist aber oft mit Verdickung der Intima combinirt.

13. Die Sklerose und Verkalkung der Extremitätenarterien lässt keine bestimmten Schlüsse auf das gleichzeitige Vorhandensein der A. der Aorta oder anderer Gefässgebiete zu.

14. Die A. ist nicht selten von Hypertrophie des linken Ventrikels begleitet, als Folge von allgemeiner Vermehrung der Circulationswiderstände, besonders durch Vermittelung

von Nierenschrumpfung. Die Bedeutung der A. der Splanchnicusgefässe für die Entstehung der Herzhypertrophie (Romberg, Hasenfeld, Hirsch) scheint überschätzt zu werden.

15. Es empfiehlt sich, für den Gesammtprocess (atheromatöse Entartung und A. den Namen „Atherosklerose“ oder „Skleroatherose“ der Arterien zu gebrauchen.

— Romberg (Marburg) spricht über **dasselbe Thema** als Correferent und stellt als Thesen auf:

1. Die für den Kreislauf schädlichste Veränderung sklerotischer Arterien ist ihre verminderte Dehnbarkeit. Die dadurch herbeigeführte Erschwerung des Blutstromes wird nur durch sehr starke aneurysmaartige Erweiterung des Lumens ausgeglichen. Eine weitere Erschwerung des Blutstromes verursachen die häufige Verengerung sklerotischer Arterien und ihre Verlängerung.

2. In typischer Weise sieht man die so entstehende Erhöhung des Widerstandes für den Kreislauf bei der sehr seltenen hochgradigen Sklerose der Lungenarterienäste.

3. Im Körperkreislaufe führt die A. meist zu keiner ähnlichen Vermehrung des Widerstandes für die linke Kammer, weil scheinbar niemals alle Gefässgebiete erkranken. Eine mässige, durch Wägung feststellbare Hypertrophie des linken Ventrikels findet sich nur bei hochgradiger Sklerose der Splanchnicusarterien oder der Aorta, falls die letztere nicht aneurysmatisch erweitert ist (Hasenfeld, C. Hirsch). Dementsprechend hält sich der arterielle Druck in fast 90 Proc. der uncomplicirten Fälle auf normalen Werthen und sind etwaige Drucksteigerungen bei reiner Arteriosklerose meist gering.

4. Viel stärker als im Ruhezustande ist der Kreislauf durch die A. bei jeder Thätigkeit der Arterien beeinträchtigt. Das zeigt sich schon am Pulse, noch mehr an der Schädigung der Vasomotorenwirkung.

5. Unter den Erkrankungen der einzelnen Organe sind die Herzveränderungen am häufigsten. Coronarsklerose liegt nur einem Theile von ihnen zugrunde. Vielfach verläuft die Herzerkrankung unter dem uncharakteristischen Bilde der chronischen Herzmuskelinsufficienz. Oft gestatten aber charakteristische Erscheinungen die Diagnose der Coronarsklerose. Besonders wichtig sind Angina pectoris, cardiales Asthma und neben Herzerscheinungen der Nachweis der Aortensklerose.

6. Zur Unterscheidung der Aortensklerose von Aneurysmen sind die Compressions- und Verdrängungserscheinungen, für sackförmige Aneurysmen auch die Röntgendurchleuchtung bedeutsam.

7. Die Nieren werden durch die A. bis zu einem gewissen Grade zu chronischen interstitiellen Entzündungen disponirt. Das Bild der arteriosklerotischen Schrumpfniere wird vollständig von der scheinbar regelmässigen Insufficienz des deutlich hypertrophischen Herzens beherrscht. Die Folgen der Nierenerkrankung fügen nur einige charakteristische Züge hinzu. Die nicht voll ausgebildeten Fälle sind sehr häufig.

8. Von den arteriosklerotischen Hirnerscheinungen werden die neurasthenieartigen Beschwerden des Initialstadiums besonders hervorgehoben. Vereinzelt gehen sie in psychotische Störungen über.

9. Die Erkrankung der Sinnesorgane, des Magendarmkanals ist verhältnissmässig seltener. Sehr interessant sind die nervösen Störungen an den Extremitäten, deren eine, die Claudicatio intermittens, der Vorbote der arteriosklerotischen Gangraen sein kann, und die allgemeinen vasomotorischen Neurosen bei Arteriosklerose.

10. Bei der Einwirkung der A. auf die einzelnen Körpertheile sprechen auch functionelle Einflüsse in maassgebender Weise mit. Die rein anatomische Betrachtung vermag nicht alle Einzelheiten des Krankheitsbildes aufzuklären.

11. Bei der Mitteilung der Diagnose an den Kranken wird besser nicht von Arterienverkalkung gesprochen.

12. Für die Aetiologie steht die starke Inanspruchnahme der Gefässwand an erster Stelle. Neben körperlichen Anstrengungen kommen nervöse Einflüsse ganz hervorragend in Betracht. Auch der Alkohol, der Tabak, Kaffee, Thee wirken wohl vorzugsweise durch die Herbeiführung starker Schwankungen im Gefässtonus schädlich. Der Einfluss der Inanspruchnahme der Gefässwand wird durch den angeborenen oder erworbenen Grad der Widerstandsfähigkeit der Arterien weitgehend modificirt. Die A. ist keine Alters-, sondern eine Abnutzungskrankheit. Sie tritt bei Männern weit früher und häufiger auf als bei Frauen.

13. Entsprechend der Aetiologie der A. und entsprechend dem Erholungsbedürfniss der Organe ist die Einschränkung der Ansprüche die therapeutische Hauptaufgabe. Nur in verhältnissmässig seltenen Fällen ist eine vorsichtige Steigerung der Thätigkeit nützlicher. Sorge für ausreichenden Schlaf. Auswahl von Orten zum Erholungs-

aufenthalt. Nutzen indifferenter und Kochsalzthermen. Beschränkung, aber meist nicht Verbot des Alkohols, des Tabaks, des Kaffees und Thees.

14. Bei der Ernährung ist dem Huchard'schen oder dem Rumpf'schen Regime die rein empirische Regelung der Diaet mit Vermeidung übermässig reichlichen Fleischgenusses und allzu reichlicher Gewürze vorzuziehen.

15. Die Flüssigkeitszufuhr ist nur bei Oedemen oder Neigung zu Oedemen auf etwa 1 bis $1^1/_2$ Liter nach oben zu beschränken. Viel häufiger ist aber eine vom Kranken übermässig herabgesetzte Wasseraufnahme zu steigern.

16. Wichtig ist die Sorge für ausreichende Stuhlentleerung. Nutzen der alkalisch-sulfatischen oder Kochsalzwässer.

17. Der lang fortgesetzte Gebrauch von Jodkali hat guten Erfolg bei beginnenden Störungen, namentlich bei den initialen Hirnerscheinungen, bei Angina pectoris, bei leichter Herzschwäche u. dergl. Anatomische Laesionen vermag es aber nicht zu beseitigen. Sicher wirkt es nicht gefässerweiternd, resorbirend oder als Alkali, nur vereinzelt specifisch. Sein Erfolg beruht auf einer anderen Veränderung. Beachtenswerth ist die Technik seiner Verordnung: kleine Dosen dreimal täglich 0,5 g.

18. Andere ausreichend erprobte Mittel für die A. als solche besitzen wir nicht. Beachtenswerth ist wohl der Salpeter (Lauder-Brunton). Das Nitroglycerin wirkt nur symptomatisch.

19. Bei der arteriosklerotischen Schrumpfniere ist vor Allem das Herz zu behandeln.

20. Bei der Behandlung des Herzens ist die Furcht vor Drucksteigerungen nicht berechtigt, wenn die übermässigen, sicher zu vermeidenden Erhöhungen verhütet werden.

Digitalis und Strophanthus sind bei Kranken über 40 und 50 Jahren in kleinen Dosen zu geben.

Kohlensäurehaltige Bäder sind, und zwar nur in ihren milden Formen, für die Anfänge der Herzinsufficienz oder für die Reconvalescenz von schweren Erkrankungen empfehlenswerth.

Die das Herz kräftigenden Methoden der Gymnastik passen fast nur für die Steigerung der Leistungsfähigkeit in der Reconvalescenz von Störungen. Nur bei muskelschwachen Fettleibigen ohne Herzüberanstrengung sind sie schon im Beginn der Herzschwäche brauchbar.

(21. Congress für innere Medicin in Leipzig. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Blutungen.** **Adrenalin bei Haemoptoe** hat Dr. B. Voigt (Davos) trotz blutdrucksteigernder Wirkung des Mittels anzuwenden gewagt; es sind zwar nur zwei Fälle, in denen er das Adrenalin bei heftiger, resp. anhaltender Haemoptoe benützte, aber die Wirkung war prompt, die Nebenwirkung interessant. Im ersten Falle, wo schon mehrere Tage lang die B. immer wiederkehrten, bekam Pat. dann subcutan 2 ccm von $^1/_{1000}$. Pat. klagte eine Minute nach der Injection über Beängstigung und das Gefühl, als steige das Herz ihm in den Hals, er sieht blass aus, man sieht deutlich die Pulsation der Carotiden, hört von Weitem das Klopfen des Herzens, der Puls ist hart und voll. Da Pat. eben eine Blutung gehabt, wird die Situation recht unheimlich. Nach fünf Minuten legten sich aber die stürmischen Erscheinungen, die Herzaction wurde normal. In der Nacht nochmals kleine Blutung. Tags darauf Injection von 1 ccm von $^1/_{1000}$. Nur vorübergehendes Herzklopfen. Von jetzt ab steht die Blutung vollkommen und kehrt nicht wieder. Der zweite Patient hatte auch in den letzten Tagen B. und bekommt eine solche gerade wieder, als ihm Autor 1,5 ccm Adrenalin injicirt. Nach ca. fünf Minuten sistirt die Blutung ohne wiederzukehren. Auch hier unmittelbar nach der Injection beängstigendes Gefühl von Herzklopfen, Gesichtsfarbe und Lippen erblassen, Schweiss bricht aus, voller und harter Puls, welche Erscheinungen bald wieder nachliessen. Tags darauf nochmalige Injection von 1 ccm; dieselben Erscheinungen, nur in geringerem Grade. In beiden Fällen liess sich also nach Injection von 0,001 bis 0,002 Adrenalin eine unerwünschte bedeutende, aber schnell vorübergehende Anregung der Herzthätigkeit constatiren. Im Vordergrund des Interesses stand allerdings die haemostyptische Wirkung. Freilich sind zwei Fälle nicht beweisend, sie mögen aber doch zur Nachahmung anregen, da offenbar ein Schaden nicht zu befürchten ist und unsere bisherigen Mittel gegen Haemoptoe recht unzuverlässig sind.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 15.**)

— Ein **eigenartiges Verfahren der Blutstillung** lernte Dr. M. Mayer (Simmern) zufällig kennen; es war hier als styptisches Mittel eine der Tinct. benzoës comp. verwandte Tinctur angewandt worden und hatte in entscheidender Weise blutstillend gewirkt. Eine Frau wurde von Hunden in den Unterschenkel gebissen, das Blut floss in Strömen, Nachbarn wandten alles Mögliche an ohne Erfolg, Pat. war fast verblutet, als man noch einen „Balsam“ ver-

suchte, ihn auf Watte träufelte und letztere auf die Wunden legte, worauf die Blutung sofort stand. Als Autor mehrere Stunden später eintraf, fand er die Wunden noch mit der mit einer braunen Flüssigkeit benetzten Watte verschlossen; in der tiefsten Wunde sah er längs verlaufende Zweige der Vena saphena, die vollständig, und zwar nahezu in querer Richtung durchtrennt waren. Sie mussten in Chloroformnarkose doppelt unterbunden werden. Die Heilung verlief unter starker Eiterung. Die Haut war noch nach einigen Wochen geröthet, druckempfindlich, die Substanzverluste lagen lange Zeit tiefer als die Umgebung, stellten echte Unterschenkelgeschwüre dar, die erst allmählich heilten. Da hier die unregelmässig quer durchgebissenen Venen in grosser Ausdehnung frei gelegen hatten, war die Heftigkeit der Blutung, die Schwierigkeit, ihrer Herr zu werden, nicht wunderbar; Pat. wäre sicher ohne den „Balsam" verblutet. Tct. benz. comp., die auch zum Wundverbande schon empfohlen worden ist, besteht aus Spiritus, Benzoe, Aloe und Perubalsam. Autor möchte die blutstillende Wirkung auf die starke Reizwirkung des Mittels setzen (dieselbe äusserte sich ja auch durch die Entzündung, Eiterung der Wunde), welche eine nothwendige Eigenschaft der styptischen Mittel zu sein scheint. Reizwirkungen sind ja auch bekannt von der Gelatine, vom Adrenalin, Terpentinöl, Liq. ferri sesquichlorat., Antipyrin u. s. w. Im obigen Falle dürfte als Reiz- und Heilmittel am ehesten der Perubalsam gewirkt haben.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.**)

— Einen **Fall von ausgedehnter Phlegmone nach subcutanen Injectionen einer Cocain-Adrenalinlösung** beschreibt Dr. Aronheim (Gevelsberg i. W.). Schon im vorigen Jahre hat Neugebauer Mittheilung gemacht von drei Fällen von Hautgangraen bei plastischen Operationen nach subcutaner Injection einer Cocain-Adrenalinlösung. Es handelte sich um bejahrte Leute, und es wurde im Anschluss daran ausgesprochen, man solle bei alten Leuten mit Adrenalin vorsichtig sein. Auch Aronheim's Pat. war ein 70jähriger Mann, und es handelte sich bei demselben um Exstirpation eines kleinen Hygroms an der rechten grossen Zehe. Es wurde von einer frischen, sterilisirten Lösung von Adrenalin. 2,0, Cocain hydrochloric. 0,2, Sol. Natr. chlorat. physiol. 9,0 eine Spritze (= 0,0002 Adrenalin) subcutan injicirt, und es bot dann die schmerz- und blutlose Exstirpation des mit dem Gelenke nicht communicirenden

Hygroms keinerlei Schwierigkeiten. Sie wurde unter allen Cautelen der Asepsis ausgeführt. Aber bald darauf begann sich von der Injectionsstelle aus trotz reactionsloser Operationswunde eine Phlegmone zu entwickeln, welche rasch unter schweren Allgemeinerscheinungen grosse Dimensionen annahm und mehrfache Eingriffe erforderte. Sie ging weit hinauf bis zum Unterschenkel, es zeigte sich gangraenöser Zerfall des fünfmarkstückgross gewordenen Geschwürs, und es erfolgte erst längere Zeit später — die Operationswunde war schon tadellos geheilt — Reinigung des gangraenösen Geschwürs, Sistirung der Eiterabsonderung und Heilung der Phlegmone. Wie war letztere zu erklären? Die Operation war streng aseptisch vorgenommen worden, die Exstirpation der Geschwulst war eine einfache, die Heilung der Wunde eine reactionslose. Die Phlegmone ging von der Stelle der Injection aus; letztere selbst war mit einer sorgfältig ausgekochten Spritze und Nadel gemacht, die Lösung frisch angefertigt. Dieselbe Lösung hat Autor wiederholt bei jüngeren Personen zur Entfernung von Fremdkörpern ohne jede nachtheilige Folge angewandt. Nach Cocaininjectionen allein hat er früher, auch bei alten Leuten, nie üble Nebenwirkung gesehen. In obigem Falle war also die zu ausgedehnter Eiterung und Gewebsnekrose führende Phlegmone theils auf das hohe Alter des Pat., theils auf das Adrenalin zurückzuführen. Bekanntlich kommt dem Nebennierenextracte eine starke und länger anhaltende Einwirkung auf die kleineren Blutgefässe zu, welche darin besteht, die Muskelfasern der Gefässwand zur Contraction heftig anzuregen, so dass das Lumen des Gefässes dadurch verengt resp. ganz geschlossen werden kann, je nach Grösse des Gefässes. Durch den plötzlichen Verschluss der kleinen Gefässe kommt es zu einer Nekrose (ischaemischen) der injicirten Haut- und Muskelparthie, die von den verschlossenen Arterien mit Blut versorgt wird, und diese Nekrose bildet den Herd der Phlegmone. Nach Klapp bedingt ferner die anaemisirende Wirkung des Adrenalins gleichzeitig eine resorptionshemmende Wirkung; es ist deshalb wohl anzunehmen, dass die Gewebszellen aller Personen, bei denen der Stoffwechsel im Gewebe herabgesetzt ist, in ihrer Lebensfähigkeit geschädigt, dass die anaemischen Bezirke in der senil degenerirten Haut schwer beeinträchtigt, sich nicht mehr erholen, wie bei jüngeren Individuen, und so zur Gangraen führen. Aus diesen Gründen ist es daher zu empfehlen, bei alten Personen auf die locale Anaemie und Anaesthesie durch Cocain-

Adrenalininjectionen zu verzichten und sich, wenn Allgemeinnarkose nicht angewandt werden kann, entweder der Esmarch'schen Constrictionsbinde zu bedienen oder einige Tropfen der sterilisirten Cocain-Adrenalinlösung auf die Operationswunde aufzuträufeln.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 14.)

**Diphtherie.** **Oertliche Aetzungen** bei D. wirken, zweckgemäss in der allerersten Zeit, wo die Erkrankung noch auf die Tonsillen beschränkt ist, ausgeführt, nach Med.-Rath Kreisarzt Dr. Hecker (Weissenburg i. E.) sehr gut, indem es gelingt, durch Vernichtung der Diphtheriebacillen bei ihrem ersten Auftreten, den ganzen Process zu coupiren. Hauptsächlich kommt es darauf an, das Herabfliessen der Aetzflüssigkeit zu verhindern. Dazu stelle man sich Aetzmittelträger in folgender Weise her: Man schneidet sich ein Holzstäbchen von der Dicke eines Bleistiftes aus Tannen- oder Fichtenholz (Kistendeckel) und von etwa drei Finger Länge. An das eine Ende drückt man einen Bausch Verbandwatte von der Grösse einer Kirsche und zieht darüber ein Stückchen Gaze oder alte Leinwand. Diese bindet man mittels eines starken Fadens in vielfachen Umwindungen an dem Stäbchen fest und schneidet den überhängenden Rest der Gaze ab, so dass das Ganze wie ein Trommelstock aussieht. Solcher Stäbchen stellt man sich vier her, tränkt das eine mit 10%*iger Cocain-*, die anderen mit 50%*iger Chlorzinklösung*, schlägt sie gegen einen festen Gegenstand, um den Ueberschuss von Flüssigkeit zu entfernen, und befeuchtet nun die Tonsillen erst mit dem Cocain, dann mit der Aetzlösung, die mittels der drei Stäbchen bequem an allen Theilen angerieben werden kann. Am nächsten Tage ist die afficirte Parthie mit einem leicht grau gefärbten Schorfe bedeckt, der sich nach drei bis vier Tagen abstösst. Alle Erscheinungen aber, auch das Fieber, sind rasch verschwunden. Autor spritzt jetzt daneben zur Vorsicht noch Serum ein und lässt durch einen kräftigen Inhalationsapparat Tag und Nacht Kalkwasser am Bette des Pat. verstäuben bis zur Lösung des Aetzschorfes, welche hierdurch wesentlich erleichtert wird.

(Therap. Monatshefte 1904 Nr. 1.)

— Ueber **chronische D.** lässt sich Dr. L. Neufeld (kgl. Hygien. Institut Posen) aus, im Anschluss an eine interessante Beobachtung. 21jähriger Pat. war mit den Erscheinungen schwerer Kohlenoxydgasvergiftung dem Krankenhause zu-

gegangen. In der Reconvalescenz, am 16. Tage, acquirirte Pat. eine Angina, die sich als typische Angina lacunaris documentirte. Nur zwei Tage Fieber, dann schwanden auch die Flecke, doch behielt Pat. Schluckbeschwerden zurück und einen eiterigen Schnupfen. Es schien sich um eine eitrige Rhinopharyngitis im Anschlusse an eine Kohlenoxydgasvergiftung zu handeln, und fiel auch die Untersuchung zunächst ziemlich belanglos aus. Erst später wurde ein nicht sehr tiefes Geschwür 2 cm unterhalb des Zäpfchens in der linken Hälfte der hinteren Rachenwand entdeckt, das in den Nasenrachenraum hineinzog und erst in der Rachenmandel endete. Lues war auszuschliessen, auch für Tuberculose sprach nichts. Dagegen fand man bei der bakteriologischen Untersuchung des Eiters Reinculturen von Diphtheriestäbchen, und auch im Nasensecret liessen sich virulente Diphtheriebacillen nachweisen. Das Geschwür war also ein diphtherisches, jene Angina offenbar eine abortive D. gewesen. Der Verlauf gestaltete sich ausserordentlich chronisch, erst nach 5 Monaten war das Geschwür abgeheilt. Während dieser Zeit waren nie pseudomembranöse Auflagerungen irgenwo zu bemerken, nie Temperaturerhöhungen zu constatiren, dagegen konnten bis zur Abheilung des Geschwürs Löffler'sche Stäbchen nachgewiesen werden und verschwanden erst dann allmählich. Noch Monate später hatte Pat. eitrige Pharyngitis und Rhinitis, und später zeigte sich beginnende Atrophie der unteren Muscheln. Pat. selbst hatte schon, als das Geschwür lange noch nicht abgeheilt war, das Gefühl vollständiger Gesundheit. — Der Fall, den der Autor zu den „Diphtheroiden“ rechnen möchte, da weder die acute Halsaffection noch das Geschwür die für den diphtherischen Process typische Membranbildung aufwies, zeigt, wie leicht der locale Process übersehen werden kann. Man dürfte nicht fehlgehen, wenn man diese Art der Affection als das Anfangsstadium jener chronischen Rachendiphtheroide ansieht, wie sie z. B. auch von Neisser beschrieben worden sind. Auch im obigem Falle blieb ja eine chron. Rhinopharyngitis zurück, und die Atrophie der unteren Muschel lässt an einem beginnenden ozaenaartigen Process denken. Eine anamnestische Erhebung über D. würde auch heute noch bei der Pat. vollkommen negativ ausfallen, da sie ja nicht weiss und auch nicht glauben würde, dass ihre zweitägige Halsentzündung D. war. Zudem ist der Process ausgeheilt, ohne dass therapeutische Maassnahmen etwas wesentliches dazu beitrugen. Man kann

also annehmen, dass viele solcher Fälle übersehen werden oder gar nicht zur Behandlung gelangen. Jedenfalls ist an dieser abortiven diphtherischen Angina bei jenen chron. Processen als an die vermuthlich erste klinische Erscheinungsform zu denken. Die Wichtigkeit dieser Krankheitsbilder ergiebt sich schon von selbst. Man bedenke, dass vollkommen gesund aussehende Menschen Monate hindurch virulente Diphtheriebacillen in Mund und Nase beherbergen!

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 20.)

— Zur **Casuistik der Crouperkrankungen im Kindesalter** schreibt S.-R. Dr. R. Klein (Berlin): „Im Februar dieses Jahres bot sich mir Gelegenheit, bei einem sechsjährigen Knaben eine mit croupösen Erscheinungen einhergehende Erkrankung zu beobachten, die durch ihren Verlauf und die Coupirung nach einer Antitoxininjection bemerkenswerth ist. Der kleine Patient, den ich vor etwa sechs Monaten an einer Rachendiphtherie mittelst Seruminjection behandelt hatte, erkrankte, nachdem er einige Tage vorher einen leichten Schnupfen und etwas Abgeschlagenheit zeigte, in der Nacht zum 19. Februar unter hohem Fieber (40,7 im After); gleichzeitig stellten sich mehrmaliges Erbrechen und colikartige Leibschmerzen ein, die von übelriechenden dünnflüssigen Stuhlentleerungen gefolgt waren. Als auffallendste Erscheinung bemerkten die Eltern ein keuchendes, schnelles und lautes Athmen. Am Morgen des folgenden Tages sah ich das Kind; es war sehr blass, fast theilnahmslos; ich constatirte den gleichen Athmungsbefund. Die genaue Körperuntersuchung ergab, bis auf leichten Schnupfen und mässige Angina, nichts von Belang. Die Stimme war schwach, aber klar, Husten nicht vorhanden. Das Kind machte trotzdem den Eindruck eines Schwerkranken. Der Puls, der hohen Temperatur entsprechend, war schnell, ohne sehr klein zu sein. Ich hatte die Vorstellung, dass es sich um eine heftig einsetzende acute Infectionskrankheit handelt, die ja nicht selten mit gastrointestinalen Erscheinungen, namentlich bei Kindern, zu beginnen pflegt. Am Nachmittag des gleichen Tages wich bei gleich hoher Temperatur die Blässe einer scharlachähnlichen intensiven Röthung auf den Wangen, am Rücken, in der Nähe der Ellbogen und Handgelenke; zugleich stellten sich starke Schweisse ein. Die Athmung wurde schneller und keuchender, und am Abend trat Bellhusten und Heiserkeit auf; die Untersuchung des Pharynx ergab zunehmende entzündliche Röthung; über den Lungen ne-

gativer Befund. Temperatur 40,7. Das Kind verbrachte in Folge sich stetig steigender Athemnoth eine sehr unruhige Nacht und, als ich es am nächsten Morgen früh um 7 Uhr wiedersah, fand ich stenotisches Athmen vor. Das Jugulum zog sich bei jeder Inspiration beträchtlich ein, ebenso die Supraclaviculargruben, desgleichen die Intercostalräume sowie die epigastrischen Regionen; auch Nasenflügelathmen war zu constatiren. Rechts hinten über dem Oberlappen der rechten Lunge war etwas trockenes Knacken hörbar. Dämpfung war nicht nachweisbar. Der Larynx und die Trachea waren auf Druck intensiv schmerzhaft; auch sprach das Kind davon, dass es einen spitzen Draht im Halse fühle. Die stetige Athemnoth legte den Verdacht nahe, dass es sich nicht um eine unter dem Namen des Pseudocroup bekannte Laryngitis acuta handeln könne, sondern um den *Beginn* eines veritablen Croups. Dr. Lublinsky, der das Kind auf meine Veranlassung einige Stunden später sah, kam nach der Untersuchung des Larynxeinganges und mit Berücksichtigung der sonstigen klinischen Symptome zu der gleichen Diagnose, ohne im Pharynx- und Larynxeingang etwas anderes als eine intensive Entzündung und Schwellung nachweisen zu können, die am rechten Stimmband durch eine spinnwebeartige weissliche Auflagerung bedeckt war; der Charakter der letzteren war nicht sicher festzustellen; es konnte sich auch um Schleimüberzug handeln. Bei der gefahrdrohenden Situation und in dem Gefühle, bei zweifelhaften Erscheinungen jedenfalls Antitoxin einspritzen zu sollen, entschloss ich mich zu einer Injection von 1500 Einheiten. Die Temperatur, die bis dahin über 40 betrug, fiel schon 11 Stunden später, nach kurzer Exacerbation, auf 39,7; es trat Esslust ein; die stenotischen Erscheinungen verminderten sich zusehends und, nach einem ziemlich guten Schlaf, erwachte der Patient am nächsten Morgen mit ruhiger Athmung; die Stimme war noch heiser, der Husten etwas bellend, aber das ganze Bild hatte den lebensgefährlichen Charakter verloren; die Temperatur sank zur Norm, um, bis zu der nach drei Tagen erfolgten Genesung, nicht mehr zu steigen. Heiserkeit und Bellen liessen schon am zweiten Tage nach der Injection nach. War diese Krankheit nun der Beginn eines diphtherischen Croups? Membranen wurden nicht ausgehustet, auch waren diphtherische Processe im Nasenrachenraum nicht nachweisbar, weder durch die Ocularinspection, noch durch die bakteriologische Untersuchung einer *vor* der Injection entnom-

menen Secretprobe. Wir können unsere Vermuthung eines diphtherischen Croups daher nur auf die sonstigen klinischen Symptome und, wenn man nicht allzu skeptisch denkt, auf den schnellen Rückgang des Processes nach der Antitoxininjection stützen. Bei der Unschädlichkeit der letzteren und der eventuellen Lebensgefahr bei längerem Zuwarten war angesichts der sich stetig steigernden Stenose der therapeutische Eingriff meiner Meinung nach wohl berechtigt." (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Fremdkörper.** Einen **Beitrag zur Casuistik der F. in Harnröhre und Blase** liefert Dr. C. Berliner in Aachen. Ein 30jähr. verheiratheter Herr kam bleich vor Schreck zu ihm gestürzt und theilte mit, dass er sich vor ca. 20 Minuten aus Neugier und Spielerei einen Gummischlauch in die Harnröhre eingeführt habe, den er nicht wieder herausbekäme. In der That hing aus dem Orificium extern. des schlaffen Penis ein Stück schwarzer Gummischlauch von 33 cm Länge und 4 mm Durchmesser herab. Der Schlauch hatte dazu gedient, Wasser aus der Leitung in ein Aquarium zu schaffen und war 115 cm lang gewesen. Somit befand sich in der Harnröhre (Länge 18 cm) ein 18 cm, in der Blase ein 64 cm langes Stück. Autor schnitt zunächst das herabhängende Stück bis auf 10 cm von der Harnröhrenmündung entfernt ab und zog vorsichtig, aber ohne Erfolg. Die Hoffnung, dass durch die Angst des Pat. vielleicht ein Spasmus des Schliessmuskels an dem Misslingen der Extractionsversuche schuld sei, täuschte nicht. Pat. musste uriniren; nur wenige, schwach blutig gefärbte Tropfen wurden seitlich vom Schlauche, nicht im Lumen desselben, sichtbar. Wasser aus dem Irrigator in einer Höhe von 2 m durch den in der Harnröhre befindlichen Schlauch geleitet, überwand den Schliessmuskelkrampf nicht. Autor wartete, bis sich Pat. etwas beruhigt hatte, lenkte dessen Aufmerksamkeit durch Gespräche ab und zog plötzlich an; 30 cm kamen hervor, dann trat wieder Stillstand ein. Weiteres Abwarten von 20 Minuten, dann gelang es von neuem ein Stück vorzuziehen, sodass 55 cm extrahirt waren. Um festeren Halt beim Ziehen zu haben, führte Autor eine Kautschukbougie durch den Schlauch, vermochte dieselbe jedoch nicht über den Schliessmuskel hinauszubringen und wartete wieder 15 Minuten, um in einem günstigen Augenblick anzuziehen und den letzten Rest zu entfernen. Die Extraction hatte

circa eine Stunde in Anspruch genommen. Ausspülung. Keinerlei nachtheilige Folgen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1904, Bd. 38, No. 1.)

— Einen **bemerkenswerthen Fall von F.** beschreibt Dr. Wanser (Stadtambof). Ein 1½jähr. Kind war vor 14 Tagen, ohne dass die Eltern die Veranlassung sich denken konnten, an schwerer Athemnoth und Husten mit stinkendem Auswurf bei hohem Fieber erkrankt. 12 Tage nach Beginn der Erkrankung bemerkte der Vater in der rechten Seite des Kindes eine thalergrosse, stark geröthete Anschwellung, in deren Mitte eine schwarze, punktförmige Erhöbung zu sehen war, die sich wie ein harter Gegenstand anfühlte. Als er daran zog, kam eine entkernte Kornähre mit dem Stielende voran zum Vorschein, worauf sich aus der kleinen Wunde reichlich stinkender Eiter entleerte. Nach Entfernung der Aehre war das Kind wieder wohl, hatte keinen Husten, keine Athembeschwerden mehr und bekam wieder Appetit. Nur die kleine Wunde blieb noch, und dieser wegen wurde Autor zwei Tage später gerufen. Es war eine zwischen vierter und fünfter Rippe in der Achsellinie rechts befindliche, für die Sonde eben durchgängige Oeffnung, die spärliches Secret absonderte. Die eingeführte Sonde glitt leicht, ohne Widerstand zu finden, ca. 7 cm in einen glatten Fistelgang mit der Richtung nach oben und innen in das Lungengewebe. Athmung normal, auscultatorisch und percutorisch nichts Abnormes mehr nachweisbar. Unter einfachem Verband in wenigen Tagen vollständige Heilung. Die 3½ cm lange Aehre vollständig macerirt und schwärzlich verfärbt. Es war dieselbe also nach Durchbohrung des Bronchus, des Lungengewebes und der Haut 14 Tage nachdem sie jedenfalls aspirirt worden war, zur Ausstossung gelangt, ohne bei dem Kinde eine Schädigung zu hinterlassen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Gonorrhoe.** Die **Behandlung der acuten G.** findet, wie Dr. Fr. Bering mittheilt, an der kgl. Univers.-Poliklinik für Hautkrankheiten in Kiel nach folgenden Principien statt: Der Chef der Anstalt, Prof. v. Düring, machte während seiner Thätigkeit als Director eines grossen Militärkrankenhauses in Constantinopel die Erfahrung, dass bei Bettruhe und Regelung der Diaet die frische G. verhältnissmässig rasch und besonders selten durch Complicationen verlängert zur Heilung kamen, was ja auch unseren grossen Marine- und Militärlazaretten bekannt ist. Nun ist es ja in der

Privatpraxis nicht immer möglich, so zu verfahren, aber man kann doch daraus lernen, dass man eine möglichst milde Behandlung wählen soll. Es wird, sobald die Diagnose feststeht, ein gutes Suspensorium, ausschliesslich das allen Anforderungen entsprechende, allerdings etwas theuere Ihle'sche, verordnet, und alle reizenden Speisen und Getränke verboten. Bei Entzündung der äusseren Genitalien Umschläge mit essigsaurer Thonerde. Wo mit Injectionen nicht sofort begonnen werden kann, von vornherein Sandelöl. Nach Beseitigung dieser Erscheinungen *Ausspülungen der Harnröhre* allmorgendlich, nachdem Pat. kurz vorher urinirt, mit warmer *Kal. permang.*-Lösung (1:4000) mittelst der Zeisl'schen Handspritze zu 200 bis 250 g. Durch leichten Druck auf die Harnröhrenmündung um den Spritzenansatz liegt es in unserer Hand, die Pars anterior so zu füllen, dass eine Ausdehnung aller Falten statt hat, meist fühlt man deutlich den Widerstand des Sphincter externus; bei Nachlassen des Druckes entleert sich die Flüssigkeit sofort, sodass ein Verschleppen der Gonokokken in den hinteren Theil der Urethra vermieden wird. Nach ungefähr 14 Tagen wird auf 1:2000 gestiegen. Zu Hause machen die Pat. täglich 2—3 Injectionen von *Albargin* und *Protargol* oder Arg. nitr. 1:1000—500, ohne aber die Flüssigkeit längere Zeit in der Harnröhre zu belassen. Der Ausfluss lässt innerhalb 8—14 Tagen nach. Nach 3—4 Wochen lässt sich in vielen Fällen morgens noch ein Tröpfchen Secret aus der Harnröhre herauspressen, in dem aber nur noch selten Gonokokken zu finden sind. Im anderen Fall wird das Kal. permang. durch *Argent. nitr.* 1:4000, später 1:2000 ersetzt; die Injectionen zu Hause werden in dieser Periode mit *Resorcin* (1—3%) gemacht. Treten Complicationen hierbei ein (was selten ist!), so wird die locale Therapie ausgesetzt und erst später wieder mit den Spülungen begonnen, die bei Urethritis post. bis in die Blase gemacht werden; die injicirte Flüssigkeit (300 g) wird spontan wieder entleert. Bei *Cystitis* wurden *Helmitol*-Tabletten verwendet (täglich 6 Stück à 0,5 g) mit sehr günstigem Erfolge; selbst bei stark eiterhaltigem Urin schon nach 24—48 Stunden Klärung des Urins und Nachlassen der Beschwerden. Ausserdem Blasenspülungen mit Kal. permang. (1:4000) oder auch mit Bor. (Therap. Monatshefte, Februar 1904.)

— **Hetralin,** ein neues internes Darmantisepticum, hat Dr. H. Lohnstein (Berlin) mit Erfolg angewandt. Das Präparat,

hergestellt von Möller & Linsert (Hamburg), ist ein Urotropinderivat (Dioxybenzolhexamethylentetramin), ein in Wasser leicht lösliches Pulver von süsslichem, nicht unangenehmem Geschmack. In dem Präparat ist zu dem Hexamethylentetramin ein phenolartiger, nicht giftiger Körper getreten; schon diese Zusammensetzung liess theoretisch eine verstärkte desinficirende Wirkung erwarten. Zu der bekannten Formaldehydabspaltung des Hexamethylentetramins tritt die acidificirende Wirkung des Phenolkörpers, sodass a priori eine starke Erhöhung des Säuregehaltes des Urins bei der sehr leicht stattfindenden Zersetzung der Verbindung im Körper zu erwarten ist. Die Erwartungen bestätigten sich auch bei der Anwendung, die zunächst bei *acuter Urethritis posterior gonorrhoica* stattfand. 25 Pat. wurden mit dem Medicament behandelt, theils allein, theils unter gleichzeitiger Instillation von 5 ccm einer Lösung, die sich aus 1 ccm einer 2%igen Höllenstein- und 4 ccm einer 1%igen Cocain. nitr.-Lösung zusammensetzte, in die Pars posterior. In der Regel wurde bei dieser Behandlung ein schnelles, bereits nach wenigen Tagen zu constatirendes Abklingen der acut entzündlichen Erscheinungen unter starker Zunahme des Säuregehaltes des Urins beobachtet. In 7 Fällen bedurfte es längerer Behandlung. Hetralin bewährte sich auch bei *Cystitis* und *Pyelitis* verschiedenen Ursprunges, sowie bei *Phosphaturie*.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 19).

— **Untersuchungen über den Werth des Helmitols bei Cystitis** stellte Dr. G. Kelemen (Dermatolog. Institut der Universität Budapest) an. Helmitol bewährte sich als sehr gutes Adjuvans nicht nur bei Behandlung der Cystitis gonorrhoica, sondern auch der durch andere Infectionen entstandenen Cystitiden. Sein Erfolg beruht theils auf seiner ausgezeichneten Wirkung als Desinficiens, theils auf seiner Wirkung als harntreibendes Mittel. Es ist auch ein sehr gutes Beruhigungsmittel, denn in allen Fällen, in denen die Pat. über Erscheinungen der Urethritis postica klagten, erzielte Helmitol alsbald Besserung, ja Heilung. Bei der Cystitis gonorrhoica wirkte es auch auf die Gonokokken selbst nicht ein. Es verleiht aber dem Harn saure Reaction, desinficirt denselben, verringert die Entzündung, hindert dieselbe an der Weiterverbreitung, ja bei Unterstützung mit Spülungen und Instillationen sistirt es dieselbe vollends.

(Die Heilkunde, Mai 1904.)

**Herpes.** **H. an der Ohrmuschel mit Lähmung des N. acusticus und des N. facialis** sah Prof. Dr. O. Körner (Rostock). Bei der 55jährigen Pat. begannen diese Erkrankungen mit der Eruption von Herpesbläschen an der rechten Kopf- und Halsseite unter mässigen Schmerzen. Acht Tage später schwand das Gehör auf dem rechten Ohre innerhalb weniger Tage, und gleichzeitig entwickelte sich eine Lähmung im Gebiete des rechten N. facialis, Eine Woche darauf wurde Autor vom Hausarzte zugezogen. Vom H. waren noch die meist in Gruppen angeordneten Schorfe vorhanden. Dieselben sassen alle auf der rechten Seite, und zwar in der Höhlung der Ohrmuschel am Rande des Gehörganges, an der behaarten Kopfhaut fingerbreit über der Ohrmuschel und im Nacken, auf der Gesichtshaut vor dem Ohre unterhalb des Jochbogens, ferner, aber nicht in Gruppen, sondern versprengt, an der Seite des Halses. Vom rechten N. facialis waren die die Stirn- und die Augengegend versorgenden Aeste völlig, die Mundäste leicht gelähmt. Eine Gaumensegellähmung fehlte; die rechte Chorda tympani war, wie die Geschmacksprüfung zeigte, gelähmt. Die Untersuchung des rechten Ohres zeigte ein normales Trommelfell und schloss ein Exsudat in der Paukenhöhle aus. Die Taschenuhr wurde selbst bei festem Andrücken ans Ohr nicht gehört, Flüsterworte nur in ein bis zwei Meter Entfernung verstanden, und die Schallleitung durch die Kopfknochen zum rechten Ohr war völlig aufgehoben. Auf dem linken Ohre Gehör normal. Ueber den weiteren Verlauf berichtete 17 Tage später der Hausarzt: Unter Ordination von Solut. Fowl. und Faradisiren des Facialis war die Facialislähmung nahezu völlig verschwunden und gleichzeitig das Gehör des rechten Ohres bedeutend gebessert. Autor will das vorliegende Krankheitsbild als *H. zoster oticus* bezeichnen, indem er dabei an das analoge Bild des H. zoster ophthalmicus denkt, jenen H. in der Umgebung des Auges, der gelegentlich zu Erkrankung der Conjunctiva, der Cornea und Iris etc., zu Lähmungen des Oculomotorius, Abducens und Trochlearis, oder auch zur Neuritis des Sehnerven führt. Zur Erklärung obigen Falles denkt sich Autor die Sachlage so, dass eine Neuritis im Cervicalnerven- und Trigeminusgebiete, welche mit dem H. zoster in aetiologischem Zusammenhange stand, durch Anastomosen auf den Facialis überging, und weiterhin auch auf den dem Facialisstamme im Porus acusticus internus dicht angelagerten N. acusticus ergriff.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 1.**)

**Neuralgieen, Neurosen.** **Hydrochinon** hat Dr. E. Meyer, Assistent von Prof. Brieger (Berlin) bei N. und *Myalgieen* mit gutem Erfolge angewandt. Stets mit kleinen Dosen (1 g) beginnend, ging er bis zu 4 g pro die, die er gewöhnlich abends, nachdem sich die Pat. zu Bette gelegt, in Lösung esslöffelweise gab. Die Lösung muss stets frisch bereitet sein und vor Licht geschützt werden, da sie sich leicht zersetzt. Das Mittel erwies sich als recht brauchbares Neuralgicum und zeichnet sich auch durch Billigkeit aus. (Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 6.)

— **Bornyval**, das von der Fabrik J. D. Riedel hergestellte Baldrianpräparat, hat Dr. H. Engels (Berlin) bei N. verschiedenster Art, auch des Kindesalters, mit bestem Erfolge angewandt und konnte das Medicament auch lange Zeit hindurch verabreichen, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu sehen. Bornyval hat offenbar die specifische, erheblich verstärkte Baldrianwirkung. Ganz eclatante Erfolge wurden speciell bei *traumatischen N.*, *Hysterie*, *Neurasthenie*, *Epilepsie* erzielt. Das Mittel zeigte auch hervorragend appetitanregenden und analeptischen Effect. In einem Falle von *Enuresis* (dreijähr. Kind) wirkte es eclatant (früh und mittags 0,1, abends 0,2); in einem anderen Falle nicht. Bei einem Kinde von 1½ Jahr mit traumatischem *Diabetes insipidus* war ebenfalls ein unzweifelhafter Erfolg zu verzeichnen. Kindern bringt man freilich Bornyval etwas schwer bei; Tropfen riechen etwas stark und die Kapseln (Originaldose mit 25 Stück à 0,25, Preis: Mk. 1,80) werden meist nicht geschluckt. (Therap. Monatshefte 1904, Nr. 5.)

— Ueber **traumatische Gelenkneurosen** lässt sich Dr. Max David (Berlin) aus und beschreibt einige seiner Beobachtungen. Bei allen Pat. fand sich eine mit hochgradigen Schmerzen und Functionsbehinderung grösseren Grades verbundene localisirte Gelenkaffektion. Die Untersuchung (auch mit Röntgenstrahlen) ergab keinerlei pathalogisch-anatomisches Substrat, so dass die Erkrankung wohl mit Recht als rein neurotisch-functioneller Natur bezeichnet werden kann. Da bei dem vorher durchaus gesunden Pat. ausnahmslos das Leiden nach einem vor kurzer oder längerer Zeit erlittenen Unfall, der den erkrankten Körpertheil direct betroffen hatte, auftrat, so ist es wohl auch als sicher „traumatisches“ zu charakterisiren. Von Hysterie war in keinem Falle die Rede, desgleichen nicht von einer Gelenkentzündung oder auch nur Residuen einer solchen; auch

andere Gelegenheitsursachen für Neuralgieen, die sich ja dann auch als Gelenkneuralgieen manifestiren können, wie acute Infectionskrankheiten, Tabes, Nicotinmissbrauch u. dergl. waren sicher auszuschliessen. Für die arthritische Muskelatrophie des Quadriceps giebt Hoffa die Erklärung, dass sie eine rein reflectorische, durch Reizung der Gelenknerven bedingte sei. Diese Erklärung scheint auch für die traumatische Gelenkneurose anwendbar. Wie dort die motorischen Nervenparthieen in ihrer Function geschädigt sind, so sind es hier die entsprechenden sensiblen. Die Folge ist auf jener Seite Atrophie der von den betreffenden Nerven versorgten Muskeln, auf dieser eine abnorm erhöhte Reizempfindlichkeit. Dieser Vorstellung entsprechen durchaus die Resultate der vom Autor eingeschlagenen Therapie. Wie bei der arthritischen Muskelatrophie die Behandlung sich ausschliesslich mit der Kräftigung der Musculatur zu befassen hat, so ist bei der traumatischen Gelenkneurose die einzige Aufgabe Herabsetzung der pathologisch gesteigerten Erregbarkeit und Empfindlichkeit der sensiblen Nervenäste. Das souveräne Mittel ist das *Tapotement.* Trotzdem fast allgemein von einem stärkeren Tapotement der Gelenke abgerathen wird, nahm Autor sehr energische Tapotirung vor und sah sehr gute Erfolge davon. Das Tapotement mittels des elektrischen Vibrationsapparates ist dem durch die Hand entschieden vorzuziehen; auch der Ewer'sche Concussor, der Kayser'sche Vibrationsapparat u. a. m. sind zweckentsprechend. Eine andere Behandlungsform, z. B. eine allgemeine, ist nicht am Platze, Das Leiden ist eben ein localisirtes und hat mit einer allgemeinen functionellen oder organischen Nervenerkrankung nichts zu thun, was auch für die Prognose äusserst wichtig ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingt es aber durch das genannte einfache Mittel, die Pat. dauernd von dem ausserordentlich quälenden Leiden zu befreien.

**(Monatsschrift f. orthopaed. Chirurgie u. physikal. Heilmethoden 1904 No. 4.)**

**Rheumatismen.** **Salit**, einen neuen Salicylsäureester für Incorporirung durch die Haut, hergestellt von der Fabrik v. Heyden, empfiehlt Dr. Paul Müller (Dresden). Salit, der Salicylsäureester des Borneols (der dem gewöhnlichen Campher entsprechenden Alkoholart), ist eine in Alkohol, Aether und Oelen leichtlösliche ölige Flüssigkeit, die im Körper in Salicylsäure und Borneole gespalten wird. Sie wird zu gleichen Theilen mit Ol. Olivar gemischt und von diesem Gemisch zweimal täglich ½—1 Theelöffel auf

die Haut der erkrankten Körpertheile aufgepinselt (Bedeckung mit Billrothbattist) oder eingerieben (Bedeckung mit Watte); die Einreibung schien prompter zu wirken. Autor behandelte 36 Pat. so, Prof. Schmidt (Dresden-Friedrichstädter Krankenhaus) 16. Das Ergebniss ist als günstig zu bezeichnen. Es war am besten bei Muskelrheumatismen, leichten acuten Gelenkrheumatismen, acuten (rheumatisch.) Pleuritiden und Sehnenscheidenentzündungen, sowie bei acuten Neuralgieen. Bei schweren acuten Gelenkrheumatismen, bei welchen andere Mittel versagt, trat nach Salit manchmal noch Besserung ein, bei chronischen Rh., Neuralgieen, Pleuritiden wenigstens Schmerzlinderung. Bei Gicht und Erysipel versagte Salit. Bei einigen Fällen entwickelte sich ein leichtes, stark juckendes Ekzem, das unter Puderbehandlung rasch abheilte, bei einer Pat. mit sehr empfindlicher Haut verbreitete es sich fast über den ganzen Körper und verschwand erst nach längerer Zeit. So starke Exantheme, wie nach Mesotan, kommen nicht vor. Der Geruch des Salits ist schwächer als der des Mesotans. Die Fabrik bringt auch gleich die Mischung mit Ol. Olivar als „Salitum solutum“ in den Handel, und dürften die Original-Packungen davon (25—50—100 g) die billigste Ordination darstellen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— Eine **Notiz zur Mesotanbehandlung** bringt Stabsarzt Dr. Niedner (v. Leyden'sche Klinik Berlin). Bei vorsichtiger Anwendung des Mesotans gehören schädliche Nebenwirkungen zu den grössten Seltenheiten. Seit längerer Zeit wendet Autor Mesotan bei den meisten Pat. mit acutem, und zahlreichen Pat. mit chron. Gelenkrheumatismus an und hat nur ein einziges Mal eine Dermatitis gesehen, wo durch Versehen reines Mesotan zur Anwendung gelangte. In allen übrigen Fällen war das Präparat unter Zusatz von wenigen Tropfen Lavendelöl mit Ol. Olivar. auf die Hälfte verdünnt und mittelst Haarpinsels auf die in Betracht kommenden Stellen aufgepinselt worden. Da in manchen Fällen fast sämmtliche Gelenke eingepinselt werden mussten, wurde das Präparat nur einmal täglich oder gar zweitägig aufgepinselt, und ein Watteverband gemacht. Auch bei dieser milden Anwendungsweise erwies sich Mesotan als wirksam, und liess sich selbst in denjenigen Fällen im Urin nachweisen, in denen nur ein Gelenk behandelt war, die Verdünnung war der Resorption also nicht hinderlich. Andererseits wurde diese Behand-

lung in vielen Fällen chronischer Erkrankung wochen-, ja monatelang hintereinander durchgeführt, ohne die Haut irgendwie zu alteriren oder sonstwie unerwünschte Nebenwirkungen zu zeitigen. In der genannten Verdünnung ist somit Mesotan ein wirksames und unschädliches Medicament, welches eine sehr erwünschte Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— Zur **Mesotananwendung** bemängelt Feilchenfeld die übliche Verdünnung mit Olivenöl. Dabei geht ein wesentlicher Vorzug des Mesotans verloren, das sich ohne jeden Rückstand in die Haut verreiben, resp. einpinseln lässt, bei Zusatz von Oel aber eine fette „Schmiere“ ergiebt, die von den Pat. stets unangenehm empfunden wird. Man solle daher zur Verdünnung Alkoh. absol. oder Aether benützen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 20.)

**Sepsis, Pyaemie.** Ueber **Serumbehandlung bei Puerperalfieber** berichtet Dr. H. Peham (Klinik Chrobak in Wien). Einige früher mit Marmorek'schem Serum behandelte Fälle liessen kein allzu günstiges Urtheil über dies Mittel zu. Seit 1903 benützte man ein anderes Antistreptokokkenserum, das von Paltauf im Wiener Seruminstitut hergestellte, das durch Immunisirung eines Pferdes mit frischen, direct von Puerperalprocessen und anderen schweren Streptokokkeninfectionen beim Menschen stammenden Streptokokkenculturen gewonnen wird (gleich dem Moser'schen Scharlachserum und dem Serum von Tavel), während Marmorek die Virulenz der Streptokokken durch wiederholte Thierpassagen so unendlich zu steigern trachtete, dass eine minimalste Dosis der Cultur auf ein Thier tödtlich wirkte. Freilich konnte man auch von dem neuen Serum kein unfehlbares Mittel gegen Puerperalfieber erwarten, schon deshalb nicht, weil selbstverständlich das Serum nur jene Fälle beeinflussen kann, welche durch Streptokokken bedingt sind, und welche allerdings sehr häufige sind. Die Injection geschah stets an der Vorderfläche beider Oberschenkel ins subcutane Gewebe, und zwar wurden meist 100 ccm (je 50 in jeden Oberschenkel) injicirt; nur wenige Male wurde die Injection wiederholt, sodass im Laufe mehrerer Tage bis zu 250 ccm injicirt wurden. Irgendwelche üble Nebenwirkungen an der Injectionsstelle zeigten sich in keinem Falle, nur trat am 4.—6. Tage manchmal ein Erythem auf, das aber bald

abblasste. Es handelte sich durchwegs um schwerste Erkrankungsformen bei den 26 Fällen, bei welchen in 18 Fällen Streptokokken nachgewiesen worden waren, und zwar 11 mal in Reincultur, während 7 Fälle Mischinfectionen waren; 3 Fälle wurden bakteriologisch nicht untersucht, 2 mal war die Untersuchung negativ, 2 mal der Befund unvollständig. Ein Todesfall bei einer Streptokokkeninfection kam nicht vor, was bei solch schwersten Fällen doch bemerkenswerth ist. Abgesehen von der subjectiven Besserung ging die Temperatur meist rasch innerhalb der ersten oder zweiten 24 Stunden zurück, ganz bedrohliche Erscheinungen, wie z. B. die einer puerperalen Peritonitis mit übelster Prognose wichen auf Serum, Pat. wurde gesund. Auch der Skeptiker kann sich da der Hoffnung nicht verschliessen, dass wir auf dem Wege der Serumbehandlung vielleicht ein Mittel gewonnen haben, einen Theil der schwersten Fälle von Puerperalfieber erfolgreich zu behandeln. (Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— Herr Dr. Ad. Neukirchen (Cuchenheim) übersandte uns zur Publication folgenden Fall: **Puerperalfieber:** *Einspritzung mit Arg. colloid.* Frau, 34 Jahre alt, steht wie bei den acht vorhergegangenen Geburten auch bei der neunten am dritten Tage auf „weil's immer so gut gegangen hat.“ Der Verlauf der Geburt war ganz normal. Schon nach einem Tage des Aufseins bekommt Patientin Schüttelfröste und legt sich wieder zu Bett. Da sie hofft, auch ohne ärztliche Hülfe wieder gesund zu werden, hält sie vorläufig eine Behandlung für nicht erforderlich. Nach drei Tagen fühlt sie sich aber noch nicht gebessert, und lässt deshalb Schreiber dieser Zeilen rufen. Status: stark fiebernde (40,0 — 6½ Uhr Abends) kräftige Frau, Puls schwach — 100 Schläge in der Minute — Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, druckempfindlicher Leib, Meteorismus, Durchfall, übelriechender Ausfluss. Verordnung: Kalte Umschläge auf den Leib. Die Schmerzen liessen bald nach, das Fieber ging langsam zurück bis auf 38,4. Nach einigen Tagen wieder Ansteigen auf 39,5 — 4½ Uhr Nachmittags Puls 95. Einreiben von 12,0 Ugt. Credé innerhalb 36 Stunden. Da nach keiner Richtung eine Besserung des Befindens zu constatiren war, machte Autor eine Stunde nach der letzten Einreibung eine Einspritzung von 12 ccm einer 2%igen sterilen Arg. colloid.-Lösung in eine Vene der Ellenbogenbeuge. Schon nach einer Stunde trat ein heftiger Schüttelfrost ein, worauf die Temperatur von 39,6

auf 37,8 sank, der Puls war jagend, kaum fühlbar, nicht mehr zu zählen, Herz äusserst schwach, Allgemeinbefinden sehr schlecht, viel schlechter wie vor der Einspritzung, Sensorium war klar. Beide Arme eiskalt, doch ohne Verlust des Gefühls. Unter Campher, Digitalis und Champagner besserte sich in der Nacht das Herz soweit, dass der Puls am anderen Morgen wieder zählbar wurde, 120 Schläge 7½ Uhr Morgens, Temp. 38,0. Befinden noch sehr schlecht. Abends 100—38,7. Andern Tags Morgens 84—37,9. Abends 80—37,0. Schlaf noch immer schlecht. Allgemeinbefinden besserte sich. Am nächsten Tag Morgens 76—37,0, hat ein wenig geschlafen. Abends 76—37,0. Ausfluss lässt nach und riecht nicht mehr so stark. Allmählich stellt sich Appetit ein. Diese Besserung nimmt langsam weiter zu, ohne dass mehr Temperatursteigerungen eintraten. Die sofort nach der intravenösen Einspritzung sich einstellende Verschlimmerung kann ich mir vorläufig noch nicht erklären, vielleicht, dass die Menge des Arg. colloid. zuerst in Salbe, dann in der Einspritzung ein wenig gross war. In der Litteratur ist aber über Fälle berichtet worden, wo noch weitaus grössere Mengen ohne jeglichen Nachtheil angewandt wurden. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Einreibung mit Arg. colloid. nicht durchaus zuverlässig, jedenfalls sollte man gegebenen Falles die kostbare Zeit nicht mit den langwierigen Einreibungen verschwenden, sondern direct einen Versuch mit einer intravenösen Einspritzung machen.

**Syphilis.** Die **Behandlung des Primäraffects mit der Heissluftkauterisation** nach Holländer hat Dr. Leo Caro (Berlin) bei sieben Pat. vorgenommen, die mit den typischen Symptomen des harten Schankers zu Behandlung gelangten. Sie sind sämmtlich von consecutiven Erscheinungen frei geblieben, obwohl sich die Beobachtungszeit über ½ Jahr erstreckt. Der Eingriff ist leicht und kann mit ungeschulter Assistenz in der Sprechstunde vorgenommen werden. Allgemeine Narkose ist entbehrlich, da die locale Chloraethyl-Bestäubung vollständig hinreicht, um die Kauterisation schmerzlos zu machen, nur muss man sofort, wenn Pat. angiebt, dass er die Wärme wieder zu spüren beginne, von neuem mit Chloraethyl das Geschwür vereisen. Dabei ist darauf zu achten, dass der glühende Brenner ausser Bereich des Chloraethyls gebracht werde, da dasselbe sonst mit heller Flamme sich entzündet. Bei ängstlichen oder unruhigen Pat. muss man wohl zum Chloroform greifen.

Dann genügt es aber nicht, nur leicht anzuchloroformiren, sondern die Narkose muss tief sein, weil sonst die Pat. sehr heftige Abwehrbewegungen machen und leicht zu Schaden kommen. Dasselbe gilt vom Aether; im ersten Aetherrausch zu operiren ist nur dann möglich, wenn man zwei kräftige Assistenten zur Seite hat. Die Operation selbst stellt sich folgendermassen dar: Mit einer passenden Klemme oder einem weichen Gummikatheter wird der Penis an der Wurzel abgeklemmt resp. abgebunden. Hierauf richtet man solange den Strahl der Chloraethylflasche auf das Geschwür und dessen Umgebung, soweit die Sklerose fühlbar ist, bis sich eine Eisschicht gebildet hat. Dann ergreift man den inzwischen heissgemachten Holländer'schen Heissluftapparat und brennt das Geschwür aus. Unter der Einwirkung des heissen Luftstrahles zieht sich das ganze kranke Gewebe zusammen, es entsteht eine harte pergamentartige Haut, die Geschwürsfläche wird knochentrocken, und — die Operation ist beendet. Zur Nachbehandlung umwickelt man das Glied mit einem Jodoformgazestreifen, auf den man später, wenn die Eschara sich abzustossen beginnt und die Secretion einsetzt, etwas Borsalbe oder Byrolin streicht. Im weiteren Verlauf, der von 4—8 Wochen dauern kann, sieht man frische Granulationen aufschiessen, die Drüsen bilden sich zurück, und nach mehreren Wochen zeugt kaum eine weiche, leicht verschiebbare Narbe von dem stattgefundenen Eingriff. Dem Verhalten der Drüsen ist grosse Aufmerksamkeit zu schenken. Werden sie nach der Operation nicht kleiner, bleiben sie weiter hart, dann ist die Verseuchung des Körpers mit dem syphilitischen Virus schon zu weit fortgeschritten, und man kann über kurz oder lang auf das Auftreten secundärer Erscheinungen gefasst sein, wenn auch noch hier manchmal eine Rückbildung möglich ist. Sind mehrere Drüsen fühlbar, oder findet man gar in beiden Leistengegenden vergrösserte Drüsen, dann ist wohl die Aussicht auf abortive Behandlung sehr gering. Am besten ist es, wenn die Pat. noch ohne jegliche Drüsenaffection zur Behandlung kommen Gewiss ist es, dass dann viele einfache Erosionen, weiche Schanker etc. kauterisirt werden, doch ist es wohl noch immer besser, 10mal ohne Grund eingegriffen zu haben, als zu warten, bis es vielleicht doch einmal zu spät ist. Durch die Kauterisation wird das specifische Geschwür in ein blandes, aseptisches verwandelt, verliert seinen infectiösen Charakter und wird nicht zur Quelle neuer Propagation; man kommt mit dem Brenner überall hin, sei es, dass das Geschwür auf der

Glans, der Lippe, der Portio, dem Praeputium etc. sitzt; dies und das zweifellos günstige Beeinflussen des ganzen Prozesses verleihen dieser Art der Behandlung eine bedeutende Präponderanz vor allen bisher geübten Methoden.

(Die Therapie der Gegenwart 1904, April.)

— Zur Kenntniss der **syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion** theilt Prof. Dr. J. H. Rille (Leipzig) seine Erfahrungen mit. 1. *S. der Vagina.* Diese wird unverhältnissmässig seltener syphilitisch erkrankt befunden, als das übrige äussere Genitale, seltener selbst, als die Vaginalportion. Relativ am häufigsten ist die *primäre S.* Autor sah bis jetzt 21 mal daselbst den Primäraffect und skizzirt das Bild des harten Vaginalschankers wie folgt. Der syphilitische Primäraffect der Vagina kommt entweder auf dieselbe beschränkt oder contemporär mit solchen des äusseren Genitale und der Vaginalportion vor. In der Mehrzahl der Fälle hat er das Aussehen des Primäraffectes an leicht verschiebbaren Haut- oder Schleimhautparthieen, der sogen. Pergamentsklerose. Höhere Grade der Induration gehören zu den Ausnahmen. Besonders die in Furchen und Vertiefungen der Columna rugarum gelegenen Sklerosen sind wegen ihrer Kleinheit schwer wahrnehmbar. Gewöhnlich sind sie etwa linsengross, doch sah Autor auch bohnengrosse und 2 mal sogar mehr als markstückgrosse. Im Uebrigen unterscheidet sich hier der Primäraffect nicht wesentlich von andersartigen Sklerosen. Er ist glatt und eben oder höchstens seicht vertieft, stets scharf umschrieben, rothbraunglänzend und sondert seröse Flüssigkeit in geringer Menge ab oder erscheint mit einer dünnen, weisslichgelben, faserstoffähnlichen, schwer abstreifbaren Exsudatschicht bedeckt. In manchen Fällen findet man bloss ein einziges Ulcus, mitunter aber mehrere, selbst 5—6. Am häufigsten ist der Primäraffect an der hinteren Vaginalcolumne localisirt, doch sitzt er auch an der vorderen und an der seitlichen Wand, auch im Fornix; die Localisation am Scheideneingange zählt keineswegs zu den Seltenheiten. Von besonderer Wichtigkeit ist die Beschaffenheit der Lymphdrüsen in inguine. Die Leistendrüsen sind nur dann intumescirt, wenn sich der Schanker im vorderen Vaginaldrittel befindet, unverändert dagegen, wenn er im mittleren oder hinteren Drittheil situirt ist, weil dann die zugehörigen Lymphdrüsen im kleinen Becken liegen. Die Kleinheit und die geringe Derbheit der vaginalen Primäraffecte bedingt ihre meist recht ephemere

Dauer, sodass ein mehr als 3—4 wöchentlicher Bestand zu den Ausnahmen zählt. So entgeht mancher Schanker dem Beobachter, sodass der Infectionsmodus dunkel bleibt oder an eine S. ohne Primäraffect geglaubt wird. Der *weiche Schanker* kommt an der Vagina sicherlich nicht häufiger vor, als der harte. Er ist wegen seines meist dichten, gelben Eiterbelages und wegen der peripheren Entzündungsröthe — Charaktere, die dem syphilitischen Primäraffect fehlen — unschwer zu constatiren. Ulcera mollia des Introitus vaginae können, von den Faltenbildungen der Hymenalreste gedeckt, sehr leicht übersehen werden, machen sich jedoch beim Einführen des Vaginalspeculum im Gegensatze zum syphilitischen Schanker durch ihre heftige Schmerzempfindung sofort bemerkbar. Relativ häufig beobachtet man in der Scheide das sogen. Ulcus molle elevatum d. i. ein Schankergeschwür, dem die charakteristische Unterminirung des Randes fehlt, und dessen Basis nicht vertieft und zerklüftet, sondern kugelförmig elevirt und glatt erscheint. Im allgemeinen sind auch die Ulcera mollia vaginae von kürzerem Bestande, als die des äusseren Genitale. *Secundär-syphilitiche Exantheme der Vagina* sind sehr selten, Autor sah sie noch nicht. Wohl beobachtete er bisweilen, insbesondere bei älteren Individuen mit blasser und atrophischer Vaginaltextur, circumscripte, stecknadelkopfgrosse Flachbildungen, die er aber, weil sie oft genug bei nicht mit S. behafteten Frauen sich finden, durchaus nicht für specifisch ansehen kann, zumal sie auch mikroskopisch sich nur als umschriebene Haemorrhagieen erwiesen. Eine ähnliche Ansicht hat er bezüglich papulöser Syphilide. Er hat allerdings Papeln in einigen Fällen gesehen. Namentlich bei der die Gravidität begleitenden Turgescenz des Genitalschlauches können papulöse Efflorescenzen mit bläulichweissem, speckigglänzendem Belage sich entwickeln, die vollständig den Papelbildungen der Mundschleimhaut oder des Zungenrückens gleichen. Auch hier bilden der Fornix vaginae und das mittlere Drittel der hinteren Vaginalcolumne die Prädilectionsstellen. Wenn so häufig Papeln beschrieben sind, so mag es sich wohl um Vaginitis granulosa oder Herpes oder Colpitis aphthosa gehandelt haben. Auch *tertiäre S.* der Vagina ist nicht häufig. Man begegnet ihr entweder in Form von submucös entwickelten Gummen, Knoten, die gegen das Scheideninnere durchbrechen und von diesem oder vom Rectum aus getastet werden können, oder in Form von Geschwüren, an den Vaginalwänden oder im

Fornix vaginae. Die Knoten sind scharf umschrieben, derb, schmerzlos und können narbige Stricturen hinterlassen. Die Geschwüre sind von den an der hinteren Commissur und Fossa navicularis, ihrer Prädilectionsstelle, gelegenen abgesehen, meist klein und wenig charakteristisch, sodass die Diagnose oft nur per exclusionem und ex juvantibus gestellt werden kann. Gewöhnlieh zeigen sie unregelmässige Begrenzung, einen etwas unterminirten Rand und eine nur wenig absondernde Basis. Das Secret ist honig- oder gummiartig, seltener eitrig. Im Laquear vaginae sind derartige Geschwüre meist sichelförmig gestaltet. Bloss multiple gummöse Ulcerationen bedingen schwere Veränderungen in Form von Fistel- und Narbenbildungen nebst Abhebung der Vaginalcolumne. In einem solchen Falle ist die Diagnose nicht schwierig, weil das Krankeitsbild infolge der Veränderungen am äusseren Genitale, welches eine Art von stabilem Oedem und elephantiastische Verdickung zeigt, ungemein charakteristisch ist. (Schluss folgt.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Tuberculose.** **Fingerverletzung und acute Miliartuberculose,** so lautet ein Aufsatz von Prof. Fürbringer (Berlin), bei dem es sich hauptsächlich um ein Obergutachten über folgenden interessanten Fall handelt. Pat. zog im Mühlengetriebe sich eine Quetschung des kleinen rechten Fingers zu. Die ziemlich tiefe Wunde wollte sich bei dem vorher gesunden und arbeitsfähigen Manne gar nicht reinigen. Sechs Tage später fieberhafter Allgemeinzustand, Kurzathmigkeit, örtliche Schmerzen, leicht entzündlich geschwollenes Handgelenk. Glatte Heilung des verletzten Fingers durch operativen Eingriff. Allein es behauptete sich weiter ein schlechtes Allgemeinbefinden, Fieber und Athemnoth. Weiterhin Durchfälle, zeitweise Trübung des Bewusstseins, linksseitige exsudative Pleuritis Bronchialkatarrh, Tod unter Delirien 6 Wochen nach dem Unfall. Die Section ergab acute Miliartuberculose, einen haemorrhagischen Pleuraerguss links, alte Brustfellschwarten und tuberculöse Darmgeschwüre. Dem behandelnden Arzte, der unter Hinweis auf das zeitliche Aufeinander im Krankheitsverlauf und den Infect den Zusammenhang zwischen Unfall und Tod nicht ohne weiteres von der Hand weisen zu sollen glaubte, widersprach der Sachverständige des Schiedsgerichts, der ein zufälliges Zusammentreffen annahm. In der Recurssache sollte nun Fürbringer ein Obergutachten abgeben, das in folgendem Sinne sich äusserte:

Der gefragte Zusammenhang ist anzunehmen. Der Verstorbene war zur Zeit des Unfalles Träger einer verborgenen T., welche weder sein Wohlbefinden noch seine Arbeitsfähigkeit in bemerkenswerther Weise beeinträchtigte. Zu dieser Annahme zwingt geradezu der Nachweis alter entzündlicher Brustfellprocesse im Verein mit tuberculösen Darmgeschwüren. Diese chronische T. ist nach dem Unfall in das manifeste Stadium der acuten Miliartuberculose übergeführt worden, die sich ziemlich häufig u. a. da einstellt, wo es, wie im obigen Falle, bei wenig ausgebreiteten schwieligen Rippenfellherden zur Entwickelung von Flüssigkeitsergüssen in der Brusthöhle kommt. Es ist also die Aussaat offenbar von hier aus erfolgt. Die in der Unfallpraxis in Betracht kommenden Anlässe für die Ueberleitung latenter tuberculöser Processe in das acute Stadium resp. die Form der miliaren T. sind gemeinhin den Brustkorb resp. die Lunge treffende Traumen und Verletzungen im Bereich des Skelettsystems mit Ausbreitung der örtlichen T. in innere Organe. Allein damit sind die das Zustandekommen der acuten Miliartuberculose auf dem Boden des ruhenden Processes begünstigenden Momente nicht erschöpft. Vielmehr hat die klinische Erfahrung als in dieser Richtung wesentlich mitwirkende Ursachen acute Infectionskrankheiten kennen gelehrt, so die Masern, den Keuchhusten, den Typhus. Man stellt sich hier vor, dass unter der Wirkung des Infectionszustandes die vordem festgebannten Tuberkelbacillen locker und dem Blutkreislauf zugeführt werden. Zweifellos hat in obigem Falle eine durch den Unfall bedingte acute Infectionskrankheit in Gestalt einer wenn auch nicht schweren Blutvergiftung bestanden. Der Verstorbene, der eine auffallend lange Zeit eiternde Wunde mit schmutzigen Rändern darbot, wies nicht nur einen fieberhaften Allgemeinzustand auf, sondern auch nach der sachgemässen Wundbehandlung eine leichte, entzündliche Schwellung des rechten Handgelenkes. Man wird kaum fehlgehen, wenn man den Beginn der allgemeinen T., die sich in die Wundinfection eingeschlichen, für die spätere Zeit verlegt; die für diese angeführten Krankheitserscheinungen — schlechtes Allgemeinbefinden, Fieber, Durchfälle, Kurzathmigkeit, zeitweise Trübung des Bewusstseins — sind der Blutvergiftung wie der acuten Miliartuberculose in gleicher Weise eigenthümlich. Gegen die erstere darf weder die schliessliche Heilung des Fingers, noch der anscheinend negative Sectionsbefund verwerthet werden, da der Tod erst nach mehreren Wochen erfolgte.

Nichts spricht somit gegen die Annahme, dass in ähnlicher Weise, wie tuberculös veranlagte, eine latente T. tragende Kinder im Anschluss an Masern, die nicht nothwendig als solche schwer zu verlaufen brauchen, an acuter miliarer T. erkranken, der Verunfallte dieses Leiden von seiner Wundinfection davongetragen. Autor hat ja bisher einen solchen Fall noch nicht erlebt, auch anderswo ist er nicht beschrieben; aber es ist nicht zulässig, bei der sonstigen Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Tod und Trauma ihn um deswillen abzulehnen, weil er sich noch nicht im speciellen Dogma verzeichnet findet. Im obigen Falle handelt es sich zudem nicht um eine Abweichung von dem lehrbuchmässig Festgelegten, sondern allenfalls nur um einen noch nicht speciell beobachteten Zusammenhang, der gleichwohl bei näherer Prüfung in der Richtung des allgemeinen Gesetzes liegt. — Das Reichs-Versicherungsamt sprach auf dies Gutachten hin der Wittwe die gesetzliche Entschädigung zu.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 Nr. 7.)

— Die **Inhalation von phenylpropriolsaurem Natrium gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose** hat Dr. Bulling (Reichenhall) in einigen Fällen mit so eclatantem Erfolge angewandt, dass er empfiehlt, die Therapie in allen nicht gerade hoffnungslosen Fällen zu versuchen. Er lässt zweimal täglich eine halbe Stunde lang inhaliren. Der Pat. legt sich das Mundstück des Zerstäubungapparates auf die Zunge und athmet ruhig, gleichmässig. Anfangstemperatur des Inhalationsspray 25—30°, nach ein paar Minuten 42—43°, in Fällen, wo Neigung zu Haemoptoe sich mit einiger Sicherheit ausschliessen lässt, 45°. Durch diese Inhalation über Körpertemperatur erwärmten Sprays tritt eine passive Hyperaemie der Schleimhaut des Respirationstractus ein, Bier'sche Stauung, die ja zweifellos baktericid wirkt und so die Wirkung des phenylpropriolsaurem Natrons zu steigern vermag. Die letzten paar Minuten (der halben Stunde) reducirt Pat. die Temperatur des Sprays wieder auf etwa 35°. Nach der Inhalation soll er sich ruhig verhalten, auch nicht sprechen ca. eine Stunde lang. Was die Dosirung anbelangt, so liess Autor die Inhalation mit ½%iger Lösung des phenylpropriolsauren Natrons (Höchster Farbwerke) beginnen; von Woche zu Woche stieg er um ½% bis zu 3%iger Lösung, bei der er stehen blieb. Ein paar Mal trat (bei Steigerung der Dosis) leichte Temperaturerhöhung, vermehrte Secretion und geringe Aus-

breitung des Katarrhs in der Umgebung des Sitzes der Erkrankung auf, Erscheinungen, die der Tuberculinreaction aufs Haar glichen, aber rasch wieder verschwinden.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.**)

— In der Volksheilstätte bei Planegg wurden mit dem von Bulling empfohlenen **phenylpropriolsauren Natron** mittelst der von diesem angegebenen Apparate („Thermovariatoren“) Inhalationsversuche angestellt, die, wie Dr. Elkan und Wiesmüller berichten, recht befriedigende Resultate ergaben. Es wurden so 13 Pat. in den verschiedensten Stadien der Lungenphthise, theilweise mit Kehlkopferkrankung combinirt, behandelt. Es wurden bemerkenswerthe Besserungen erzielt. Hervorzuheben ist, dass bei zwei Pat., welche Gelegenheit hatten, zwei und mehr Monate zu inhaliren, sowohl das Rasseln, als auch die Bacillen verschwanden. Bei einem Pat. trat überraschende Besserung im Larynxbefunde ein. Als Zeichen dafür, dass die Lösung des Medicamentes in die tieferen Luftwege eingedrungen war, ist der Umstand anzusehen, dass die Pat. einstimmig erklärten, sie hätten selbst noch 12 Stunden nach der Inhalation beim Expectoriren den Geschmack des Mittels deutlich wahrgenommen. Das Medicament wurde im Allgemeinen gut vertragen. Die Expectoration wurde ersichtlich leichter, der Lungenbefund mehr oder weniger besser. Etwa auftretende Temperatursteigerungen verschwinden bald und bilden keinen Grund, die Inhalationen zu sistiren.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 18.**)

— Einen **Fall von Rückenmarkstuberkel** beobachtete Dr. E. Oberndörffer (Städt. Krankenhaus Moabit bei Berlin). Im Wesentlichen stützt sich die Diagnose eines solchen Falles auf folgende Punkte:

1. Nachweis von T. eines anderen Organs;
2. Fehlen von Symptomen einer Wirbelcaries;
3. Ausgesprochen einseitige Lähmung, nach kurzer Zeit in Paraplegie übergehend;
4. Anfangs dissociirte, später totale Empfindungslähmung;
5. Verschlechterung unter Extensionsbehandlung.

(**Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 3.**)

**Ulcus cruris.** Die **ambulante Behandlung** wird in der v. Bergmann'schen Klinik, wie Ph. Bockenheimer mittheilt, so durchgeführt: Bei geringeren Stauungen genügt die Flanellbinde, in aufsteigenden Touren von den

Zehen bis zum Knie angelegt. Bei stärkerer Stauung kommen drei Verbände in Betracht:

1. Cambricbinde, darüber Stärkebinde; oder
2. Verband mit Barchentbinde, deren Innenseite mit dem von v. Oettingen zur Klumpfussbehandlung angegebenen Mastix

   Terebinth. 15,0
   Mastix 12,0
   Colophon. 28,0
   Spir. vin. (90%) 180,0
   Aether. 20,0

   befeuchtet ist, wodurch ein harter comprimirender Verband entsteht; oder
3. Zinkleimverband.

An der Stelle des U. macht man ein Fenster im Verbande und behandelt das U. bei starker Secretion mit Jodoformpulver, später mit Hebrasalbe. Wird einer der drei letzteren Verbände angewandt, so lässt man zwischen jedem Verbandwechsel acht Tage verstreichen. Die Heilung erfolgt trotz ambulanter Behandlung meist in drei bis vier Wochen, bei grossen hartnäckigen Geschwüren natürlich nicht so rasch. Für die bessere Praxis ist zu comprimirenden Verbänden die Pasta peptonata Schleich empfehlenswerth. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 1.)

**Ulcus molle.** **Xeroform** hat Dr. A. W. Blanche de la Roche mit bestem Erfolge bei U. angewandt. Sämmtliche damit behandelten Fälle — Autor führt 29 Krankengeschichten an — heilten, wenn bedeutende Bubonen nicht vorhanden waren, und wenn es sich nicht um Pat. mit Anaemie, Scrophulose und sonstigen consumirenden Krankheiten handelte, (hier ist gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung einzuleiten) bei Männern in 10—12, bei Frauen in 16—18 Tagen ab. Die Geschwüre reinigen sich unter Xeroform rasch vom Eiter, bekommen ein vollständig gesundes Aussehen, verlieren den schlechten Geruch und werden schmerzfrei; in den Geschwüren verschwinden sehr rasch sämmtliche Entzündungserscheinungen, es tritt rasch der Process der Vernarbung und der Bildung eines epithelialen Ueberzuges auf. Autor hat nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet, obwohl er das Xeroform oft in bedeutender Quantität applicirte. Er benützt jetzt fast stets bei U. statt des Jodoforms das geruchlose Xeroform, dessen

adstringirende und austrocknende Eigenschaften er genügend schätzen gelernt hat.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 6.)

— **Beiträge zur Behandlung des U.** liefert Dr. W. Schneider (Max Joseph's Poliklinik Berlin). Er benützte *Ichthargan* (Morgens und Abends dünn aufgestreut) und ätzte oft noch ausserdem jeden zweiten Tag mit *Tinct. Jodi.* Nach seinen Erfahrungen glaubt er das Ichthargan als gutes Ersatzmittel des Jodoforms empfehlen zu können, dessen Schnelligkeit der Heilung es allerdings nicht erreicht. Die Jodtinctur schien sich als Aetzmittel ebenso wie das Acid. carbolic. liquef. zu bewähren; einen schnelleren Fortschritt in der Heilung oder geringere Schmerzhaftigkeit als dieses hat Autor bei ihrer Application nicht constatiren können. Die Ichtharganbehandlung bei gleichzeitiger Jodtincturätzung schien die besten Erfolge zu geben, sodass sie jedenfalls nicht hinter den üblichen Methoden zurücksteht. Auffallend günstig erschien das nur einmalige Auftreten eines Bubo bei den 18 geheilten Patienten.

(Dermatolog. Centralblatt, Mai 1904.)

---

# Vermischtes.

— **Ein verbessertes Tonsillotom** hat Dr. F. Rosenfeld (Berlin) construirt. Dasselbe vermeidet die beiden Uebelstände der bisherigen Tonsillotome, die man erstens nicht genügend desinficiren konnte, und zweitens, die man nach Entfernung der einen Tonsille aus der Hand legen und umdrehen musste. Es ist zweischneidig, auf beiden Seiten gedeckt, sodass man nach Entfernung der ersten Tonsille, ohne die Lage des Spatels im Munde und ohne die Stellung des Tonsillotoms zu wechseln, sofort auch die andere Tonsille entfernen kann. Es lässt sich durch Oeffnen der einen Deckung und Abheben derselben, durch das vollständige Fehlen jeder Vertiefung gründlichst reinigen, ein etwaiges Aufklappen der Deckung ist ausgeschlossen, der Daumengriff ist drehbar, um dem Instrumente unabhängig jede Stellung geben zu können. Zu haben im Medicin. Waarenhause in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 19.)

— **Alpha-Kakes,** als Eiweisskraftnahrung für Kinder, hergestellt von E. Benkendorff Nachf. (Radebeul) enthalten über 13% Eiweiss. Privatdoc. Dr. H. Neumann (Berlin) macht auf diese billigen Kakes aufmerksam, die auch von kleineren Kindern gern zu 6—8 Stück und mehr pro Tag verzehrt werden. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 19.)

— **Thigenol „Roche"** hat Dr. J. Brings (Wien) bei den verschiedensten Affectionen mit bestem Erfolge angewandt, bei Erwachsenen und Kindern. Für letztere folgende Beispiele: 13jähr. Mädchen mit *Gelenkrheumatismus*, Einpinselungen mit Thigenolglycerin (50%), Heilung in 8 Tagen. 9jähr. Kind mit *Eczema* madidans et crustosum, gleiche Therapie, Abheilung nach 9 Tagen. 6jähr. Kind mit hartnäckigem *Gesichtsekzem*, Thigenolsalbe (10%), Heilung nach 8 Tagen. 10jähr. Kind mit *Prurigo*, Thigenolglycerin (1 : 2), schon nach der ersten Einreibung Juckreiz geringer, nach 12 Tagen Heilung. 9jähr. Kind mit *Verbrennungen*, reines Thigenol, sehr günstige Beeinflussung. 14jähriger Knabe mit Lymphadenitis colli, Thigenolsalbe (20%), prompte Heilung. Zwei Kinder mit tiefen Substanzverlusten an den Tonsillen nach Abstossung von *Diphtherie*membranen, Auswischen mit Thigenol. pur., Gargarisma mit Thigenolwasser (5%), rasche Heilung. Nicht minder leistete Thigenol bei Erwachsenen vortreffliche Dienste, z. B. pur aufgetragen bei *Rheumatismen, Combustio, Congelatio, Furunculosis, Akne vulgaris*, bei *Ekzem* (20%ige Salbe), *Ulcera cruris* (30%ige Salbe), *Ozaena* (Tampons mit 30%igem Glycerin), *Pruritus vulvae, syphilitischen Mund- und Rachenpapeln* (Thigenolglycerin 1 : 2), bei tertiären Geschwüren u. s. w. (Wiener klin. Rundschau 1904 No. 18.)

— Ueber die **Verwendung des Scopolamin. hydrobromic. in der ärztl. Praxis** macht Dr. K. Liepelt (Krankenhaus Bethanien, Berlin) Mittheilung. Derselbe hatte schon früher auf Empfehlung seines Lehrers Binswanger bei unruhigen Geisteskranken das Mittel in der Landpraxis mit grossem Erfolge angewandt. Jetzt hat er es auch im Krankenhause klinisch erprobt bei Erregungszuständen, und erwies es sich, richtig angewandt, dem Chloralhydrat und Morphium gegenüber bedeutend überlegen, besonders beim Delirium tremens. Es wirkte meist sicher und hatte nie unangenehme Nachwirkungen. Es wurde subcutan injicirt stets in frischer Lösung (0,01 : 10,0). die Dosirung richtete sich nach dem Grade der Erregung, nach dem Alter des Pat.

und seinem Körpergewicht; meist genügten 0,4—0,8 mgr zur Erzielung einer beruhigenden Wirkung, die meist bald eintrat und bei richtiger Dosis oft 3—5 Stunden anhielt. Das Mittel wurde stets gut vertragen, auch in der Maximaldosis von 0,001. Gut bewährt hat sich das Mittel bei Delirium tremens, bei Fieberdelirien, z. B. im Verlaufe des Typhus, der Pneumonie und bei starker motorischer Erregbarkeit aus anderen Ursachen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— **Dionin** (Merck) empfiehlt Dr. A. Rahn (Collm) sowohl in Verbindung mit Morphium, wie auch allein, als nach verschiedenen Richtungen hin prompt wirkendes Mittel. Zunächst dient es zur Unterstützung der schlafmachenden und hustenreizmildernden Wirkung des Morphiums. Giebt man Dionin vor dem Morphium, so bereitet man gewissermaassen auf letzteres vor, Morphium braucht dann nur in geringer Dosis und einfach per os gegeben zu werden. Man reicht das Dionin zweimal vor dem Morphium, und zwar 3stündlich, d. i. 6, resp. 3 Stunden vorher, jedesmal 2—3 cg als Pulver, in 1/2 Glas lauen Wassers gelöst, das man langsam mittelst Strohhalms oder gebogener Glasröhre einschlürfen lässt, da bei solcher Darreichung die Wirkung gesteigert wird. Das Morphium wird dann ebenso genommen, und zwar zu 1/2—3/4 cg, welche Dosis dann als schlafmachende genügt. Zum Hustenreizmildern reicht 3—4 mg (d. i. 6—8 Tropfen einer 1%igen Lösung) von Morphium 3mal täglich, aus, wenn man daneben bis 6mal täglich Dionin in kleinen Dosen (1 1/2—2 cg) ordinirt, die ebenfalls mit Wasser oder Thee langsam geschlürft werden. Aber auch Dionin allein erfüllt in mannigfachster Weise seinen Zweck. So bei trockenem Reizhusten, bei nervösasthmatischen und herzasthmatischen Zuständen, bei Erschöpfung, namentlich solcher sportlicher Art, wie Radfahren, Bergsteigen etc. (hier empfehlenswerth Pastillen à 2—3 cg, alle 2—3 Stunden eine). So bei neurasthenischen Erregungs- und Depressionszuständen (in häufigen Einzeldosen in Lösung geschlürft), so bei nervösen und atonischen Magen- und Darmstörungen, Blasenreizbarkeit (nach Erkältung), chron. Blasenkatarrhen (hier höhere Gaben, dreimal täglich 3—4—5 cg), so bei Frauenleiden nervöser und entzündlicher Art (Pastillen). Endlich bewährte sich Dionin als sedatives Mittel in der Kinderpraxis, bei trockenem Hustenreiz (z. B. bei Masern) und bei keuchhustenartigen Hustenparoxysmen, namentlich bei Kin-

dern über zwei Jahren. Die Kinder bekamen 5—6mal täglich (am besten in etwas Lindenblüthenthee oder Citronenwasser) soviel mg, als sie Jahre zählten. Das Präparat übte so eine nachhaltige sedative Wirkung aus und wurde gut vertragen. (Therap. Monatshefte, Mai 1904.)

— **Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Methylatropin. bromat.** publicirt Dr. G. Bolgar (Wien) seine Erfahrungen. Bei dem Präparat wird die Atropinwirkung durch das Sedativum Brom gemildert, sie ist nur von kurzer Dauer unter Vermeidung lästiger Neben- und Folgeerscheinungen. In der Augenheilkunde wird es schon längst mit grossem Vortheil angewandt. Eine $^1/_4$—1%ige Lösung erzeugt eine rasch eintretende und kurz anhaltende Mydriasis ohne unangenehme Nebenwirkungen. Nach 4—8 Stunden verschwindet die Pupillendilatation. Gleichzeitig wirkt es prompt anaesthesirend und beeinflusst die Accommodation nur in ganz geringem Grade. Intern und subcutan bewährt es sich überall da, wo man Schmerzen lindern, Secretionen beschränken, Spasmen beeinflussen will, d. h. überall da, wo man bisher Atropin ordinirte. Das neue Präparat wirkt auffallend rasch ein und macht keinerlei lästige Nebenerscheinungen. Aus seinem Beobachtungsmaterial giebt Autor eine Zahl von Fällen bekannt, um die Wirksamkeit des Präparates zu illustriren. 9jähr. Knabe mit *Keratitis parenchymatosa;* durch Instillationen von 1%iger Lösung rasche Besserung; nach sechswöchentlicher Anwendung Heilung ohne Complicationen. 18jähr. Pat. mit *Keratitis suppurativa* und *Ulcus corneae.* Heisse Umschläge und Instillationen mit Methylatropin. brom. lindern die heftigen Schmerzen und verhindern das Weiterschreiten des Geschwürs. Ausserdem täglich 1—2malige Massage der Hornhaut mit:

Rp. Dionin. 0,3
Methylatropin. brom. 0,05
Vaselin. alb. 10,0.

Im regressiven Stadium leistete gute Dienste:

Rp. Methylatropin. brom. 0,1
Hydrarg. bichlorat. corr. 0,025
Vaselin. alb. 20,0

Schöne flache Narbe. Bei Entfernung von *Fremdkörpern im Auge* bewährte sich das Präparat bestens, ebenso bei *Conjunctivitis eczematosa* scrophulöser Kinder. 29jähr. Frau mit heftigen *Zahnschmerzen* infolge Periostitis; nach zwei

Pulvern à 0,002 Schmerzen weg. 48jähr. Frau mit *Gallensteincoliken;* Coupirung der Anfälle durch Injection von 0,0003 g subcutan. 25jähr. Pat. mit *Migraeneanfällen*, Magenkrämpfen u. s. w. 1—2 Pulver à 0,001 brachten Hülfe. Pat. mit *Stomatitis mercurialis*, überreichliche *Salivation;* 2mal täglich eine Kapsel à 0,0015 brachten nach zwei Tagen Rückgang der Salivation infolge der secretionsbeschränkenden Eigenschaft des Mittels. Die *Hyperidrosis* von *Phthisikern* und *Neurasthenikern* konnte durch abendliche Gaben des Mittels günstig beeinflusst werden. 15jähr. Mädchen mit *Perityphlitis;* Injectionen à 0,0002 wirken sehr günstig. Pat. mit Ren mobilis und heftigen *Gastralgieen;* täglich zwei Pulver à 0,002 beheben die Schmerzen. 11jähr. Kind mit *Peritonitis chron. tuberculosa;* Abnahme der Reiz- und Schmerzanfälle durch Injectionen. Fall von *Asthma bronchiale;* promptes Nachlassen der Anfälle auf Injection von 0,0004. Zwillinge, 5 Jahre alt, mit *Pertussis;* recht günstige Beeinflussung durch

Rp. Antipyrin. 1,0
Methylatropin. brom. 0,004.
Aq. dest. 100,0
Syr. simpl. 20,0
S. 5 Kaffeelöffel am Tage.

Auch bei *Pruritus* bewährten sich Kapseln mit 0,001 (2 Stück täglich) sehr gut.

(Aerztl. Central-Ztg. 1904 No. 14 und 15.)

— Die **Bier'sche Stauung** wurde im Bürgerhospital in Köln, wie Dr. Luxembourg von dort mittheilt, im letzten Jahre bei über 50 Fällen angewandt, es wurde dieselbe dadurch erzeugt, dass 2mal täglich je 1 Stunde Morgens und Abends eine ganz dünne Gummibinde angelegt wurde. Recht zufriedenstellende Resultate wurden zunächst erzielt bei den *tuberculösen Gelenksentzündungen*, sowohl frischen, als ganz alten, arg vernachlässigten. Die Beobachtungen Bier's, dass schon bald nach dem Beginn der Stauungsbehandlung die Schmerzen in den erkrankten Gelenken aufhören oder bedeutend abnehmen, Contracturen sich lösen, die Beweglichkeit der Gelenke besser wird, die Granulationen frischeres Aussehen zeigen, fand Autor vollauf bestätigt. Zumeist begann schon nach wenigen Wochen die Resorption oder bindegewebige Organisation der schwammigen fungösen Massen. War der tuberculöse Process zu weit vorgeschritten, sodass von einer conservativen Behandlung abgesehen und

resecirt werden musste, so leistete die Stauungshyperaemie bei der Nachbehandlung der Wunde oder der resultirenden Fistelbildung gute Dienste; Fisteln, die schon lange der verschiedensten Therapie getrotzt, schlossen sich nach Anlegen der Gummibinde in kurzem mit guter Narbenbildung. Dadurch, dass diese Behandlung schon frühzeitig vorsichtige active und passive Bewegungen gestattet (die auf den Heilungsverlauf keineswegs ungünstig einwirken), wird eine event. schon bestehende geringe Versteifung des Gelenkes noch gelöst, jedenfalls die Entstehung einer solchen verhindert. In den 23 behandelten Fällen von zumeist sehr schwerer Gelenkstuberculose trat 7 mal völlige Heilung ein, 8 mal wesentliche Besserung (Abnahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit, gute Granulationsbildung, Verheilung der Fisteln u. s. w.); in sieben Fällen, die noch in Behandlung sind, ist der Krankheitsprocess oft auffallend schnell zum Stillstand gekommen; nur 1 mal blieb die Tuberculose trotz mehrwöchentlicher Behandlung unbeeinflusst. Auch bei *gonorrhoischen Gelenksentzündungen* (acuten und chronischen) wurde Stauungshyperaemie angewandt, und stimmt Autor mit Bier völlig darin überein, dass dabei die Schmerzen schon bald bedeutend nachlassen, und dass die passive und active Beweglichkeit wieder zurückkehrt, oft nach überraschend kurzer Behandlungsdauer. Bei den acht behandelten Fällen, in denen es sich zumeist um gleichzeitige Erkrankung mehrerer grosser Gelenke handelte, und die theilweise noch in Behandlung stehen, trat 2 mal völlige Heilung, 3 mal wesentliche Besserung ein; bei einer Frau, die erst einige Wochen in Behandlung ist, nehmen die anfangs äusserst heftigen Schmerzen im rechten Knie- und Fussgelenk täglich mehr ab, während die Schwellung langsam schwindet; in zwei Fällen blieb die Stauung ohne Erfolg. Auch bei fünf Fällen von *chronischen Gelenkversteifungen* (infolge chron. Arthritis, Gelenkfracturen etc.) waren die Resultate recht schöne. Vor allem liessen die Schmerzen sehr schnell nach. Autor muss Bier im Anschlusse gerade an diese und acht weitere Fälle, die schwere Fussdistorsionen, entzündliche Plattfüsse u. s. w. betrafen, durchaus beipflichten, wenn er als eines der wichtigsten Momente der Stauungshyperaemie ihre schmerzlindernde Wirkung hervorhebt. Ihren resorbirenden Einfluss bei Weichtheil- und Gelenkergüssen (wässrigen und blutigen), bei Oedem nach Fracturen, erprobte er in sechs Fällen, möchte aber auf Grund der hierbei gemachten Erfahrungen auf Gelenk-

punction mit nachfolgender antiseptischer Ausspülung und Gipsverband zu Gunsten der Stauungsbinde einstweilen noch nicht verzichten. Massage und Stauung des punctirten Gelenkes nach Entfernung des Contentivverbandes zu vereinigen, erwies sich als sehr zweckmässig und die Heilungsdauer bedeutend abkürzend.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 10).

— Eine neue **Verbesserung des Stethoskops** empfiehlt Dr. W. Hildebrandt (Medicin. Klinik Freiburg). Es ist ein abgebogenes Ansatzrohr, das man an jedes Stethoskop vorn befestigen kann. Es gestattet die Auscultation, ohne dass sich das Ohr senkrecht über der zu untersuchenden Körperstelle befindet. Man kann also die hinteren unteren Lungentheile untersuchen, ohne dass der Kopf mit den Bettstücken in Berührung kommt, und ohne dass der Pat. vornüber gebeugt zu werden braucht, um für den Kopf und das Stethoskop des Arztes Platz zu schaffen; man kann bequem die Achselhöhle untersuchen, kann vorn an der Lunge horchen, ohne vom Pat. angehustet zu werden, kann beide Lungen von einer Bettseite aus untersuchen. Intensität und Qualität der Geräusche werden durch die Abknickung in keiner Weise beeinträchtigt. Das Stethoskop vereinigt also mit dem Vorzuge grosser Billigkeit (es wird das Ansatzrohr von der Firma Franz Rosset, Freiburg i. B. in drei Grössen, den Rohrweiten der Stethoskope entsprechend, hergestellt und kostet Mk. 1,50, mit einem Stethoskop zusammen Mk. 3,25) und bequemer Handhabung die Hauptvortheile der theuren flexiblen Stethoskope unter Vermeidung ihrer Nachtheile und dürfte sich für den prakt. Arzt vorzüglich eignen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 12.)

---

# Bücherschau.

---

— **Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung,** so lautet der Titel eines grossangelegten, sehr fleissig durchdachten und durchgearbeiteten, höchst interessant geschriebenen Werkes

aus der Feder von H. Kisch, das kürzlich bei Urban & Schwarzenberg (Wien und Berlin) zu erscheinen begonnen hat. Das Werk soll in 4 Abtheilungen zerfallen, deren erste bereits vorliegt (Preis: Mk. 6). Dasselbe enthält eine grössere Anzahl von Aufsätzen, von denen wir nur nennen wollen: „Das Geschlechtsleben des Weibes“, „die Pubertät“, „Menstruationsanomalieen“, „der Geschlechtstrieb“, „Nymphomania, Anaesthesia und Psychopathia sexualis“. Es war ein vortrefflicher Gedanke des Verfassers, dieses grosse Gebiet in zusammenfassender Weise zu bearbeiten, und wir können im Anschluss an die Lectüre der ersten Abtheilung bereits sagen, dass der Autor seiner Aufgabe in ganz vorzüglicher Weise gerecht wird und unsere Litteratur um ein Werk vermehren wird, dessen Studium weitesten Kreisen hohen Genuss schaffen wird. Hoffentlich folgen die fehlenden 3 Abtheilungen in kurzen Zwischenräumen nach. — Ferner liegt der Schluss des im gleichen Verlage erschienenen **Lexikon der physikalischen Therapie, Diaetetik und Krankenpflege,** herausgegeben von A. Bum, vor (Preis Mk. 6). Von dem Inhalt greifen wir als besonders beachtenswerth heraus: „Nervendehnung“, „Nervengymnastik“, „Ohrmassage“, „Passive Bewegungen“, „Phototherapie“, „Pneumatische Apparate“, „Radiotherapie“, „Umschläge“, „Wärmeapplication“, „Widerstandsbewegungen“. Die meisten Artikel werden durch sehr instructive Abbildungen illustrirt. Der Arzt besitzt in dem nunmehr abgeschlossenen Werk ein vorzügliches Nachschlagebuch, in welchem er sich über alle Gebiete der physikalischen Therapie, Diaetetik und Krankenpflege rasch und sicher orientiren kann. Das Bum'sche Lexikon wird daher dem Praktiker die besten Dienste leisten.

— **Der Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses,** so lautet der Titel eines von Dr. K. Kolb verfassten Buches (J. F. Lehmann, München, Preis Mk. 4), welches heute, wo die Carcinomfrage im Vordergrunde des Interesses steht, zahlreiche Leser finden dürfte und es auch verdient, gelesen zu werden. Der Verfasser hat mit grosser Sorgfalt und mit lobenswerthem Fleiss Detail-Untersuchungen in Bayern angestellt und Material zusammengetragen und konnte auf Grund seiner positiven Ergebnisse wichtige Schlüsse ziehen betreffs der Aetiologie des Krebses.

— In seinem kleinen Werke (Leipzig, Georg Thieme. Preis: Mk. 1,50) Ueber **Aethylchlorid und Aethylchloridnarkose** schildert Dr. W. Herrenknecht, Arzt und Zahnarzt, Privatdoc. für Zahnheilkunde an der Universität Freiburg, mit kurzen, klaren Worten die Anwendung des Aethylchlorids und seine Wirkung als Narcoticum, sich auf die Mittheilungen Anderer und auf eigene reiche Erfahrungen stützend. Das Buch ist ein vortrefflicher Leitfaden und Führer für denjenigen, der selbstständig diese Art von Narkose anwenden will, zumal der Verfasser auch Beobachtungen, die gegen das Mittel sprechen, vorzuführen sich nicht scheut. Ueberhaupt berührt die ruhige, objective Art der Darstellung angenehm. Das trotz seines geringen Umfanges inhaltsreiche Werkchen dürfte unter Aerzten und Zahnärzten weite Verbreitung finden.

— Das Antiquariat Krüger & Co. in Leipzig hält jetzt folgende sorgfältig zusammengestellte Antiquariats-Verzeichnisse, welche gratis und franco geliefert werden, zur Versendung bereit: Kat. 41 „Innere Medicin“, Kat. 44 „Augenheilkunde“, Kat. 46 „Chirurgie“.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

№ 11.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

August XIII. Jahrgang 1904.

**Anaemie, Chlorose.** **Ferrozon** (Ferr. oxydulatum-vanadinicum) hat Dr. B. Rohden (Lippspringe) bei Chlorose mit bestem Erfolge angewandt. Er gab von den saccharirten Pillen*) dreimal täglich 2—3 Stück, die den Pat. stets gut bekamen und prompt wirkten.

(Therap. Monatshefte, Juni 1904.)

— Den **Liquor sanguinalis „Krewel"** hat Dr. J. Winterberg (k. k. Allgemeines Krankenhaus Wien) bei 42 Fällen von Chlorose und secundären Anaemieen (bei Ulcus ventriculi, in der Reconvalescenz nach schweren Infectionskrankheiten, beginnender Spitzentuberculose, Nephritis, Rhachitis und Scrophulose, Malariakachexie etc.) mit recht günstigem Erfolge angewandt; sehr bald besserte sich zunächst der Appetit, dann der Blutbefund und Kräftezustand der Patienten. (Wiener med. Presse 1904 Nr. 25.)

— **Das arsenhaltige Wasser von Val-Sinestra** (Seitenthal des Unter-Engadin) empfiehlt Dr. M. Henius (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) auf Grund von therapeutischen Erfolgen, die bei einer Anzahl von Fällen von *Chlorose* erzielt wurden. Das Wasser wurde in steigenden Dosen, beginnend mit 200 ccm, steigend bis 700 ccm und zurück, gegeben. Untersuchungen des Blutes ergaben die vorzüg-

*) Chem. Laborator. „Pharmaco" in Lippspringe. Preis: 1 Mk. für 100 Pillen.

liche Einwirkung auf den Blutbefund, ein Stoffwechselversuch zeigte, wie auch in dieser Beziehung das Wasser vorzüglichen Einfluss hatte, und auch das körperliche Befinden der Pat. hob sich bei der Cur zusehends. Das Wasser erwies sich also als sehr brauchbar für die Behandlung von Anaemieen. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 26.)

**Aneurysmen.** Ueber **Aneurysma und Unfall** veröffentlicht Geheimrath Dr. Pauly (Posen) ein Gutachten, das er nach dem Tode eines Pat., den er einmal als consultirender Arzt zu sehen Gelegenheit gehabt hatte, abgeben sollte, als die Wittwe den Tod des an Aortenaneurysma gestorbenen Mannes mit einem Unfall in Zusammenhang brachte, der drei Jahre vorher sich ereignet hatte. Es handelte sich da um eine drohende Explosion; ein Sicherheitsventil des Dampfkessels zerriss, der Knall lockte den Verstorbenen in jenen Raum und er suchte in grosser Erregung das Feuer aus dem Kessel zu werfen. Also ein plötzliches, ausserodentliches, den Betrieb störendes Ereigniss, dessen Folgen sich allerdings erst später allmählich einstellten. Kann nun ein derartiges Aneurysma latent verlaufen? Strümpell sagt: „Lange Zeit können A. verborgen bleiben, ohne dem Kranken irgendwelche Beschwerden zu machen.“ Es ist also sehr wohl möglich, dass der erste Beginn des Aortenaneurysmas im Moment des Unfalles entstanden ist, anfangs gar keine, ganz allmählich geringe Beschwerden gemacht hat; endlich aber durch den wachsenden Druck der sich langsam, aber unaufhaltsam ausdehnenden Gefässgeschwulst ist der aus der Brusthöhle zurück zum Kehlkopf laufende N. recurrens gedrückt worden, Pat. wurde heiser, die Diagnose des Falles erschien geklärt. Auch die Frage, ob der Tod mit dem damaligen Unfall in Zusammenhang stand, glaubte Autor bejahen zu müssen mit Rücksicht darauf, dass derartige Anstrengungen selbst bei erst ganz geringgradiger Arteriosklerosis eine Erhöhung des Blutdruckes sehr wohl bewirken können, welcher zur Zerreissung der Musculatur führt. Bei schwer arbeitenden Menschen leidet die mittlere Arterienhaut offenbar früher in ihrer Elasticität, als bei anderen; passirt dann ein Unfall, so entsteht eben ein Aneurysma. Bei obigem Pat. kam ausser dem eigentlichen Unfall auch wohl noch die seelische Erregung hinzu.

— Auch der Assistent Dr. Pauly's, Dr. Jolowicz berichtet von einem **Aortenaneurysma als Spätfolge eines Traumas.**

46jähr. Arbeiter, stets gesund, erlitt vor sieben Jahren auf dem Bauplatz einen Unfall. Er trug Bohlen, sein Partner liess vorzeitig los, und das eine Ende schlug so heftig gegen die rechte Brusthälfte, dass ein rechter Schlüsselbeinbruch entstand. Nach Heilung desselben war Pat. wieder völlig arbeitsfähig. Seit einem Jahre fühlt er besonders nach stärkeren Anstrengungen ein Klopfen in der Brust. Als dasselbe stärker wurde, suchte er das Stadtkrankenhaus in Posen auf. Nach eingehender Untersuchung lautete die Diagnose auf Aorteninsufficienz mit aneurysmatischer Erweiterung der Aorta ascendens bis über den Abgang des Truncus anonymus. Das Röntgenbild bestätigte die Diagnose. Der Fall zeigt, wie man immer wieder bei Aortenaneurysma, besonders von Männern unter 50 Jahren, an ein Trauma gemahnt wird, wenn Lues auszuschliessen ist. Es handelte sich auch hier offenbar um eine Spätfolge eines Traumas bei einem jüngeren Manne (zur Zeit des Traumas 39 Jahre), der schwer arbeitete; wohl auch ziemlich stark trank, und wohl das erste Stadium der Arteriosklerose (Erschlaffung der Muscularis durch Ueberanstrengung) darbot; nun kommt ein Trauma, ein Riss der Muscularis ist die Folge, die weitere die Entwickelung eines Aneurysma. (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 Nr. 10.)

— Ueber einen **Fall von Aneurysma der Arter. femoralis nach Unfall** macht Dr. Marcus (Institut zur Behandlung von Unfallverletzten in Posen) Mittheilung. Der Fall ist schon deshalb interessant, weil das Aneurysma erst wenige Tage vor dem Exitus in Erscheinung trat, trotzdem aber an dem Zusammenhang mit dem Unfall ein Zweifel nicht entstehen konnte. Ein 57jähriger Arbeiter erlitt am 22. X. 1901 durch einen Unfall einen complicirten Bruch des linken Unterschenkels, sodass im Krankenhause eine Absetzung des linken Beines im unteren Drittel des Oberschenkels vorgenommen werden musste. Am 14. VI. 1902 Entlassung mit künstlichem Bein nach Haus, dort Behandlung seitens des Hausarztes. Aus einem Gutachten des letzteren vom 12. I. 1903 ging hervor, dass im hinteren Abschnitt der Amputationsnarbe eine Eiter entleerende Fistel bestand und ferner ein Oedem an der inneren Seite des linken Oberschenkels. Darauf Transferirung des Pat. in das obige Institut am 16. III. 1903. Amputationsnarbe fest, keine Fistel, Stumpf etwas schmerzhaft; eine Narbe an der Innenseite etwas geröthet und druckempfindlich; in der Leistenbeuge mehrere kleine, schmerzhafte Drüsen; starke Ver-

kalkung der Schlagadern. Entlassung nach Hause am 28. III. 1903. Dort plötzliche Erkrankung am 17. IV. mit plötzlichen heftigen Schmerzen im amputirten Bein, die immer schlimmer wurden. Pat. jammert laut, Stumpf blass-bläulich, leicht oedematös, kühl. Pat. beschrieb die Schmerzen als von der Leistenbeuge blitzartig das Bein durchschiessend. In der Leistenbeuge, und zwar etwa in der Mitte des Scarpa'schen Dreiecks, deutlich fühlbar eine hühnereigrosse, mit dem grössten Durchmesser in der Achse gelegene Geschwulst, nach aussen bequem vom M. sartorius abgrenzbar, nach innen unter dem unteren Horn der Fossa ovalis verschwindend, prall elastisch, genau 108 kräftige Schläge zeigend, wie die grosse Schenkelarterie, die man genau bis an die Geschwulst verfolgen konnte; vom Ligament. Pouparti bis zum oberen Pol der pulsirenden Geschwulst gut drei Finger Abstand. Der Zustand war am 17. IV. entstanden, als Pat. etwas lief; hierbei hatte er plötzlich einen Schmerz in der Leistengegend verspürt und musste sich hinlegen. Am 18. IV. Nachmittags Oedem des ganzen Stumpfes zurückgegangen, die pulsirende Geschwulst aber hatte nach oben zugenommen, Abstand des oberen Poles vom Ligam. Poupartii nur noch 1½ Fingerbreite. Am nächsten Tage hatte die Geschwulst das Poupart'sche Band erreicht, und die ganze sogen. Lacuna vasorum unter demselben war von dem pulsirenden Sack eingenommen. Temp. gegen Abend 37,8—38° C. So blieb der Zustand bis 24. IV. Am Abend dieses Tages Pat. fast schmerzfrei, Pulsation über dem Aneurysma verschwunden, das ganze Scarpa'sche Dreieck schien von einer festen Masse ausgegossen. Erst wenn man über dem Poupart'schen Bande durch die schlaffen Bauchdecken in die Tiefe ging, fühlte man die Pulsation der Art. iliaca. Temp. 37,2°, Puls 92. Am 25. IV. Zustand unverändert. Am 27. IV. Nachmittags sah Autor den Pat. wieder, recht verändert. Er lag mit offenem Munde da, schnarchte, auf Anrufen wurde er wohl munter, doch Sprache unverständlich, rechte Pupille doppelt so weit, als linke, der erhobene rechte Arm fiel schlaff herunter, Pat. selbst fiel bald wieder in den soporösen Zustand zurück. Temp. 36,8°, Puls 64, hart. Also das Bild eines vom Schlage Getroffenen. Pat. soll am 26. IV. allein gegessen haben, danach habe er plötzlich über Schmerzen im linken Auge geklagt, es wurde ihm kalt, dann schlief er für 24 Stunden ein. Es musste ein Gerinnsel aus der Vena femoralis, welche die erweiterte Arterie begleitet hat und durch die Erweiterung zusammengedrückt wurde, nach

dem Gehirn geschleudert worden sein. Zur Information machte Autor über der Geschwulst in der Leistenbeuge einen Einschnitt und traf auf die stark erweiterte Schenkelarterie, deren fast wachsgelbe, elastische Wand gleichmässig aufgetrieben schien; ein Einschnitt traf in ein festes stehendes Blutgerinnsel, nach innen lag die Vene als fingerdicker fester Strang. Am 27. IV. Abends Exitus, offenbar infolge Embolia cerebri durch Aneurysma Arteriae femoralis und Thrombosis Venae femoralis. Das Gutachten sprach sich dahin aus, dass das Aneurysma als Folge des Unfalles vom 22. X. 1901 anzusehen wäre. Autor sollte nun seinerseits über diesen Zusammenhang sein Gutachten abgeben. Auch er bejahte denselben. Denn dafür sprach:

1. Das Trauma, welches das linke Bein betroffen hat, war ein so schweres, dass eine starke Zerrung der Schenkelschlagader sicher angenommen werden kann. Diese Zerrung muss um so schädlicher gewirkt haben, als es sich um eine infolge der Arteriosklerose ziemlich unelastisch gewordene Gefässwand gehandelt hat.
2. Die entzündlichen Vorgänge, die über Jahr und Tag im Bereiche des Stumpfes und der Stumpfnarbe gespielt haben, werden die Muscularis an der Stelle, wo durch das Trauma eine Schädigung eingetreten war, noch widerstandsunfähiger gemacht haben.
3. Die geschwollenen und schmerzhaften Leistendrüsen sprechen durchaus dafür, dass die Entzündung an den Gefässen entlang bis zur Leistenbeuge fortgekrochen ist.
4. Ausser über diese Leistendrüsen hat der Pat. ständig über Schmerzen an der Stelle geklagt, die genau dem Sitze des Aneurysma entsprach.
5. Das im Gutachten des behandelnden Arztes geschilderte Einsetzen des Krankheitszustandes am 17. IV. 1903 ist nur so zu deuten, dass durch eine plötzliche Anstrengung (Laufen) die stark geschädigte und vollkommen widerstandsunfähige Muscularis nachgegeben hat und die Intima nur durch den starken Blutstrom plötzlich und schnell sich ausgebuchtet hat.

Gegen den Zusammenhang des Aneurysmas mit dem Unfall spricht auch der Umstand durchaus nicht, dass bei den von verschiedenen Aerzten vorgenommenen Untersuchungen eine Erweiterung der Schenkelschlagader nicht festgestellt wurde. Denn diagnosticirbar ist das Aneurysma erst mit dem Moment geworden, wo die innere Gefässwand infolge der allmählich erfolgten Zerstörung der mittleren

Gefässwand dem Blutdruck nachgegeben und sich ausgebuchtet hat. Nach alledem gab Autor sein Gutachten dahin ab, dass es sich bei dem ursächlichen Unfalle um eine einmalige plötzliche Verletzung gehandelt hat, die sehr wohl im Stande war, eine Entzündung und damit Schwächung der mittleren Gefässhaut hervorzubringen, und dass zwischen dem Unfall und dem erkennbaren Ausbruch des Leidens eine Reihe von Erscheinungen — Drüsen, Schmerzen, Oedem — vorhanden waren, welche den Zusammenhang zwischen Unfall und Ausbruch des Leidens wahrscheinlich machen. (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904 No. 12.)

— Einen **Fall von tödtlicher Magenblutung infolge miliaren Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie** beschreibt Dr. Hans Hirschfeld (Berlin, städt. Krankenhaus Moabit). Der 25jährige Mann war in den letzten sieben Jahren zwölfmal an profusen Magenblutungen erkrankt und erlag jetzt der dreizehnten Attaque innerhalb weniger Tage. Bei der Section erwiesen sich alle Organe als frei von krankhaften Veränderungen, im Magen wurde ein geplatztes, im Grunde eines kleinen Schleimhautdefectes sitzendes. miliares, nur mikroskopisch deutlich erkennbares Aneurysma gefunden, in dessen Nähe auch einige Varicen. Pat. war Haemophile und stammte aus haemophiler Familie, und es lag die Vermuthung nahe, dass er sich aus dem miliaren Aneurysma und den benachbarten Varicen nicht verblutet haben würde, wenn er nicht gleichzeitig ein Bluter gewesen wäre. Indessen erfolgte auch in anderen Fällen solcher Art ebenfalls der Tod, obwohl von Haemophilie keine Rede war. Ob die Ursache der früheren zwölf Magenblutungen die haemorrhagische Diaethese allein war, oder aber, ob das Aneurysma und die Varicen schon früher bestanden haben, liess sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Der vorhandene Schleimhautdefect war als haemorrhagische Erosion aufzufassen; offenbar platzte erst das Aneurysma, und das vom Blute infiltrirte Gewebe wurde dann vom Magensaft verdaut. Wird es nun künftig möglich sein, die Diagnose „Aneurysma einer Magenschleimhautarterie" in vivo zu stellen? Schwerlich. Bei obigem Pat. fehlte nur ein Symptom, das sonst bei Ulcus ventriculi nur in Ausnahmefällen vermisst zu werden pflegt: der Schmerz. Weder vor den einzelnen Anfällen, noch während derselben klagte Pat. über Schmerzen im Magen, es war nie Druckschmerzhaftigkeit des Magens, eine Hyperaesthesie der Haut vorhanden. Jedenfalls wird man in Zukunft in allen Fällen

von Magenbluten, bei denen namentlich auch bei wiederholten Attaquen, der Schmerz regelmässig fehlt, auch an ein Aneurysma denken müssen, und bei event. operativen Eingriffen wird der Operateur, der trotz vorangegangener starker Blutungen kein Ulcus findet, die Magenschleimhaut eingehend zu untersuchen haben, und bei Entdeckung einer verdächtigen Stelle (im obigen Falle präsentirte sich die Quelle der Blutung als polypartige, gelbweisse, stecknadelkopfgrosse Hervorragung, die sich später als Fibringerinnsel erwies), diese excidiren müssen. Pat. war Alkoholiker, der Alkoholismus hatte zu einer chronischen interstitiellen Gastritis geführt. In zweiter Linie hat vielleicht auch die Haemophilie die Entstehung des Aneurysma und der Varicen begünstigt, indem ja Haemophilie auf einer Anomalie der Gefässwandungen beruht. Der Alkohol hat hier auf von vornherein wenig widerstandsfähige Gefässwände eingewirkt. Syphilis war hier auszuschliessen. Man hört jetzt viel von sogen. parenchymatösen Magenblutungen, wobei eine Quelle der Blutungen nicht aufzufinden ist. Vielleicht wird sich oft eine solche doch entdecken lassen, wenn man auf kleinste Aneurysmen oder Varicen im Magen fahndet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 22.)

— **Gelatineinjectionen bei einem Aneurysma** hat Dr. Fricke (Peitz, N.-L.) angewandt. Es handelt sich um ein Aneurysma der rechten Arter. subclavia, welches dicht neben dem Brustbein eine etwa markstückgrosse Vorwölbung bildete. Schon die erste Einspritzung hatte den Erfolg, dass die Schmerzen, besonders die in den Arm ausstrahlenden, fast völlig verschwanden, und nach einigen weiteren Injectionen konnte Pat. die Narkotica entbehren. Aber eine günstige Beeinflussung des Aneurysma selbst zeigte sich nicht, dasselbe vergrösserte sich im Gegentheil trotz der Injectionen immer mehr und wurde so gross, dass wieder heftige Beschwerden auftraten, welche dauernde Darreichung von Narkoticis nöthig machten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 20.)

**Augenentzündungen.** Ueber den **Einfluss des Alkoholverbandes bei der Panophthalmie** berichtet Dr. A. Schiele (Kursk). Er richtet sich beim Verbande ganz nach Salzwedel's Vorschriften, legt ihn nicht nur auf die Lider, sondern auch mit auf die Stirn-, Schläfen- und Wangengegend, wechselt ihn zweimal täglich, etwa alle zwölf Stunden und

benützt absoluten oder 96 %igen Alkohol. Die Pat. klagen gewöhnlich über mässiges Brennen, besonders sofort nach Anlegen des Verbandes; aber eine Anätzung der Haut findet nicht statt. Zunächst lassen die Schmerzen nach, dann schwellen die Lider ab, die Chemosis geht zurück, der im Inneren des Bulbus event. vorhanden gewesene Eiter wird dünnflüssig u. s. w. Also Analgesie und Beschleunigung des Einschmelzungsprocesses und Durchbruchs des Eiters nach aussen sind die wesentlichen Effecte des Alkoholverbandes.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 12. Mai 1904)

— Ueber **Prophylaxe und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen** lässt sich Prof. Dr. R. Greeff (Kgl. Augenklinik der Charité in Berlin) aus. Er wendet sich besonders gegen die üblichen hochprocentigen Lösungen von Argent. nitr., die gar nicht erforderlich sind und so oft Reizerscheinungen hervorrufen. Zur Prophylaxe genügt sicher $^1/_4$ %ige Lösung, bei der Behandlung sogar 0,1 %ige, mit der das Auge möglichst oft auszuspülen ist (nicht auszupinseln!), wobei Ektropioniren und Auswischen zu unterlassen ist. Man nimmt eine einfache Flasche, bei der man den Kork durchbohrt, sodass ein Tropfglas hineingesteckt werden kann. Dann wird das Kind auf den Schooss oder einen Tisch gelegt, und nun macht einer einfach am Auge in der Weise Bewegungen, dass er die Lider auseinanderzieht und wieder zusammendrückt, während ein anderer die Lösung allmählich in die Lidspalte hineinlaufen lässt Man macht diese Ausspülungen am besten in den ersten Tagen jede Stunde oder mindestens jede zweite Stunde. Es kommt eben zur Heilung nur darauf an, dass der Eiter nicht stagnirt, und wenn man in dieser Weise vorgeht, in den ersten kritischen paar Tagen Tag und Nacht alle paar Stunden ausspült, so kann man mit Sicherheit darauf rechnen, das Auge zu erhalten. Man muss dem Personal nur streng einprägen, nie am Auge zu wischen. Auch der Arzt sollte das nie thun; man bekommt, wenn man immer mit den Lidern Bewegungen macht, die letzten Flocken aus der Uebergangsfalte heraus.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904, No. 11)

— Ein **neues sterilisirbares Augentropfglas** empfiehlt Dr. F. Becker (Düsseldorf). Dasselbe besteht aus einem kurzen, verhältnissmässig weiten Reagenzglas, das oben mit einem durchbohrten Gummistopfen verschlossen wird. Durch die Oeffnung geht ein sich nach unten verjüngender Glasstab, der unten in einem runden Köpfchen endet. Unmittelbar über dem

Köpfchen befinden sich einige schraubenartige Gänge zu dem Zwecke, die Adhäsionsfläche der Stabspitze genügend zu vergrössern, um eine hinreichend grosse Menge der Flüssigkeit fassen zu können. Die gefasste Flüssigkeit haftet bei schräger Haltung des Stabes ziemlich fest, während sie, wenn der Stab zur Verticalen aufgerichtet wird, sofort als Tropfen abfällt. Das ganze Gläschen steht für gewöhnlich in einem kleinen polirten Holzfüsschen. Die Sterilisation der Flüssigkeit geschieht nun in äusserst einfacher Weise und kann im Gegensatze zu anderen Constructionen schlimmsten Falles ohne jedes Hülfsmittel über der nächsten Kerzenflamme bewirkt werden. Man zieht einfach den Glasstab so weit aus dem Gläschen heraus, dass nur die Spirale sich noch innerhalb des Gläschens befindet, und bedient sich des Glasstabes selbst als Halter. Da der Glasstab unten beträchtlich dünner ist, so kann der sich entwickelnde Dampf neben dem Stabe durch die Bohrung des Stopfens entweichen, wobei er zugleich das untere Ende des Stabes sicher sterilisirt. Nach vollendeter Sterilisation schiebt man den Stab wieder in das Gläschen zurück; während der nachfolgenden Abkühlung drückt ihn dann der Luftdruck meist noch etwas tiefer hinein, sodass der Inhalt absolut sicher gegen die äussere Luft abgeschlossen ist. Versuche haben ergeben, dass der sterilisirte Inhalt sich wochenlang steril hält. Um eine Veränderung der Concentration möglichst zu vermeiden, setzt man dem Tropfmittel vor der Sterilisation zehn bis zwölf Tropfen gewöhnliches Leitungswasser zu. Dieses Quantum ist für eine Menge von fünf bis zehn Gramm Flüssigkeit völlig ausreichend. Voraussetzung ist dabei allerdings, dass man nicht länger als drei bis vier Minuten kocht und ein allzu stürmisches Kochen vermeidet. Bei diesem Tropfgläschen genügt nach den Versuchen eine wöchentlich einmalige Sterilisation im Allgemeinen. Vor der Sterilisation ist aber das Glas immer gut zu reinigen, event. mit schwacher Sublimatlösung auszuspülen. Die Gläschen sollen übrigens noch in einfacherer Form, ohne Fuss in gewöhnlicher Holzhülse, in den Verkehr kommen und in den Apotheken für die Pat. zu haben sein, ohne dass diese einen Hinweis auf die Sterilisirung erhalten, nur als wohlfeile, sehr saubere und bequem zu handhabende Augentropfgläser, die nur *einen* Tropfen durchlassen und billiger sein sollen, als alle anderen derartigen Gläser (Firma Schröder, Köln, Brüderstr. 7),

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 24.)

**Blutungen.** Ueber **Anwendung von Stypticin in der urologischen Praxis** theilt Dr. Ed. Kögl (Wien) seine Erfahrungen mit. Interne Darreichung von Stypticintabletten bewährte sich gut bei hartnäckigen B. aus dem Urogenitalapparate. Bei einem 79jährigen Pat. mit Blasen- und Prostatablutungen wurden daneben Blasenspülungen (zweimal in 24 Stunden) mit lauwarmer 5 $^0/_0$iger Stypticinlösung gemacht. Da nicht nur die B. rasch sistirten, sondern auch der Harn sich überraschend aufhellte, scheint Stypticin auch antiseptisch zu wirken. Auch bei *chron. Cystopyelitis* bei Frauen (nach Harnretention und Katheterismus im Wochenbett) Erfolg, desgleichen bei *Urethritis acuta posterior* mit terminalen B., wo neben interner Stypticindarreichung Gelatinebougies (mit 0,04 Stypticin) applicirt wurden und sich als sehr wirksam erwiesen. (Monatsberichte für Urologie Bd. IX, Heft 2.)

— **Haematurie als einziges Sypmtom Barlow'scher Krankheit** fand Dr. Eug. Neter (Berlin) bei einem acht Monate alten, kräftig entwickelten Säuglinge, der seit vier Monaten ausschliesslish mit Malzsuppe ernährt worden war. Das Kind zeigte seit zwei Wochen leichte Störungen des Allgemeinbefindens und eine blutige Veränderung des Urins. Die objective Untersuchung konnte, abgesehen von hochgradiger Craniotabes, nichts krankhaftes feststellen ausser einer schweren Haematurie. Die Diagnose Barlow'sche Krankheit fand ex juvantibus Bestätigung, indem unter Darreichung von roher Milch die B. bereits nach acht Tagen völlig verschwanden. — Eine bei einem Kinde am Ende des ersten Lebensjahres oder später auftretende Haematurie muss, wenn Affectionen der Blase und Nieren ausgeschlossen werden können, stets den Verdacht auf Barlow'sche Krankheit erwecken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 19.)

— **Styptol** (phtalsaures Cotarnin) hat Dr. Fackenheim (Eisenach) im letzten Jahre bei einer beträchtlichen Anzahl der verschiedensten *Gebärmutterblutungen* angewandt, bei starken *menstruellen* B., bei *Abort*, bei durch *Tumoren* veranlassten B., sowie bei solchen im *Climacterium*. Ueberall erzielte Styptol prompten Erfolg, ohne Nebenwirkungen zu zeigen; es wirkt schnell und sicher und zeichnet sich durch Billigkeit aus (am besten in Originalröhrchen Knoll mit 20 Tabletten zu 0,05, kosten Mk. 1.—) Man giebt täglich drei bis fünf Tabletten, bei sehr starken B. auch anfangs sechs. Styptol wirkt auch schmerzstillend und sedativ.

was oft sehr erwünscht ist. Wehen ruft es nicht hervor (daher auch bei B. in der Schwangerschaft anwendbar!); wo man solche wünscht, muss man zu Secale greifen, auch wirken Styptol und Secale combinirt sehr gut blutstillend.

(Therap. Monatshefte Mai 1904.)

— **Stagnin,** ein aus Milzen von Pferden hergestellter (Apotheker Dr. M. Freund, Concordia-Apotheke Berlin) Extract, hat, wie Dr. Th. Sendau und Dr. Hirsch (Berlin) mittheilen, blutstillende Eigenschaften, wahrscheinlich durch Beeinflussung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Es hat sich als Haemostaticum bei capillären B. bei gynaekologischen Leiden bewährt. Es wurde mittelst Pravaz'scher Spritze intramusculär in die Glutaealgegend applicirt, und zwar am ersten Tage eine Spritze, dann rechts und links je eine Spritze, bis die B. standen. Nie nachtheilige Folgen. Es wurden im Ganzen 59 Fälle so behandelt:

1. Erkrankungen des Myometriums, (Myome, Hyperplasia uteri, Metritis), 13 Fälle (darunter siebenmal Myome). Nur zwei Misserfolge, in allen übrigen Fällen günstige Beeinflussung.
2. Erkrankungen des Endometriums, vier Fälle mit zwei positiven und zwei negativen Erfolgen.
3. Secundäre B. infolge entzündlicher Erkrankung der Adnexe und des Parametriums, 24 Fälle; nur dreimal blieb ein Erfolg aus.
4. Abortus imminens und imperfectus, vier Fälle; dreimal kein Erfolg.
5. B. ohne Befund (climakterische, virginelle, Menorrhagieen, 13 Fälle; sämmtlich günstig beeinflusst.
6. Haemophilie, ein Fall mit Erfolg.

Also offenbar kommt dem Präparate starke haemostyptische Wirkung zu. Vielleicht kann man solche auch erzielen, wenn man es per os giebt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 22.)

**Furunkel.** Die **Behandlung der Ohrfurunculose** schildert Prof. Dr. R. Haug (München) in einem Aufsatz, in dem er die Methoden angiebt, die sich ihm seit Jahren als die nützlichsten erwiesen haben. Es heisst da: „Was nun die *Prophylaxe* anbelangt, so wissen wir erfahrungsgemäss, dass die Ohrfurunkel, die im Allgemeinen bei Erwachsenen häufiger als bei Kindern zur Beobachtung gelangen, sich besonders gern bei Individuen entwickeln, die den Gehörgang oft mechanisch irritiren, z. B. durch unzweckmässiges,

insbesondere meist viel zu häufiges angebliches Reinigen desselben. Diese „Reinigungen“ mit Ohrlöffeln, Ohrschwämmchen und wie diese Instrumente alle heissen, führen in Wirklichkeit meist viel eher zu einer directen Verunreinigung, indem durch den Druck des ja für gewöhnlich gewiss nicht aseptisch gehaltenen Instrumentes — man denke nur an die fast durchgehends in der Westentasche aufgehobenen Ohrlöffel oder Ohrschwämmchen — sehr häufig eine directe Inoculation, ein Hineinreiben der hier in Frage kommenden pathogenen Staphylokokken in die Oberhaut des Gehörgangs stattfindet, mit oder ohne gleichzeitige leichte Verletzung der Epidermis — und der F. ist fertig. Die gewöhnliche häusliche Reinigung des Gehörganges sollte mit nichts anderem ausgeführt werden als mit einem Holzstäbchen, das vorne gut mit Watte umwickelt und das, zur leichteren Lösung der Ohrfette, in etwas Eau de Cologne oder in eine Lösung von Alkohol, Aether und Glycerin zu gleichen Theilen eingetaucht ist. Ausspülungen des Ohres, wegen des angesammelten Ohrschmalzes, sollen überhaupt nicht vom Pat. selbst vorgenommen werden, wie das vielfach geschieht. Jedenfalls muss vor der *häufigen* Einwirkung des Wassers auf die Ohrhaut gewarnt werden, weil durch die hier auftretende consecutive Lockerung der Epidermis sehr leicht Gelegenheit zur Inoculation gegeben wird. Ist also schon unter sozusagen normalen Verhältnissen eine Infection so leicht möglich, so wird sich diese Möglichkeit noch steigern, wenn Krankheitserscheinungen allgemeiner oder localer Natur (am Ohre) vorliegen, wie ja das z. B. bei acuten und chron. Ekzemen, seien sie idiopathischer oder symptomatischer Art (Gicht, Diabetes etc.), der Fall zu sein pflegt. Liegen solche Verhältnisse vor, so ist es nöthig, den Meatus täglich einmal, etwa abends, mit einer Lösung zu bepinseln, die den Juckreiz möglichst tilgt. Ist die Ohrmuschel mitafficirt, so hat dies auch dort zu geschehen. Das Berühren der Gehörgangshaut soll aber womöglich niemals mit einem Haarpinsel — diese sind immer unrein — geschehen, sondern lediglich mittels Watte, die um eine Sonde gewickelt ist. Als sehr zweckmässige Lösung habe ich für solche Zwecke erprobt:

Rp. Acid. salicyl. 0,5
Menthol. 0,1
Anaesthesin (Ritsert) 0,5
Alkohol. absol. 35,0
Glycerin. 15,0
M. D. S. Einpinseln

Selbstverständlich muss in Fällen von Allgemeinerkrankungen als Ursache nebenbei, das specielle anderweitige Regime durchgeführt werden. Sind chron. Mittelohreiterungen vorhanden, so erfordern diese die in Frage kommende sorgfältige Localtherapie, um das intercurrente Entstehen von Furunkeln hintanzuhalten. Es ist auch weiterhin darauf aufmerksam zu machen, dass der längere habituelle Gebrauch von verschiedenen Arzneimitteln, wie z. B. Brom, Jod zur Furunculose im Ohr Veranlassung geben kann; es muss also auch hier gegebenenfalls die rechte Grenze in der Zeit der Medication gezogen werden. Haben wir somit die hauptsächlichsten Züge der Prophylaxe erörtert, so müssen wir jetzt weiterhin darlegen, was in den Fällen zu thun ist, in denen wir den *F. im Beginne* zur Behandlung bekommen, und zwar in einem Stadium, in welchem eine *Rückbildung* ohne Abscedirung *noch möglich* scheint. Wir müssen hier daran denken, das wir, falls dieses Ziel erreicht werden soll, alle Mittel zu vermeiden haben, die zu einer leichten Quellung und Macerirung der Oberhautlage führen; wir dürfen also in diesem Stadium keine wasserhaltigen Lösungen irgendwelcher Arzneimittel verwenden. Incisionen sind in diesem Stadium, weil erfolglos, immer zu meiden. Als Mittel für diesen Zeitpunkt haben sich mir folgende bewährt:

Rp. Zinc. oxyd.
Euguform. āā 2,0
Acid. carbolic. 0,5
Menthol. 1,0
Vaselin. alb. 40,0

S. Auf Wattetampons, die sehr gut mit der Salbe bestrichen und imprägnirt sein müssen, unter mässigem Drucke in den Gehörgang bis über die empfindliche Stelle hinaus einzuführen.

Der Gehörgang muss gut ausgefüllt sein. Das kann ein- bis zweimal im Laufe der nächsten 48 Stunden, während deren sich ohnehin der Verlauf klären muss, wiederholt werden. Ferner:

Rp. Menthol. 2,5
Anaesthesin (Ritsert) 0,5
Paraffin. liquid.
Glycerin. pur. āā 25,0

M. D. S. Auf Watte oder Gaze einzulegen.

oder:

Rp. Acid. carbolic. liquid. 2,5
Menthol. 0,25

Glycerin. 50,0
M. D. S. Wie oben oder einträufeln.

Auch sogen. kleine „Ohrmandeln" sind oft recht zweckdienlich:

Rp. Anaesthesin. 0,2
Menthol. 0,05
Gelatin. alb. q. s. ut f. amygdal. aural. conic.
D. tal. dos. No. VI.

Diese mehrmals pro Tag vom Pat. selbst einzuführenden, konischen, den Gehörgang eben ausfüllenden Zäpfchen zergehen durch die Körpertemperatur. Auch Einträufelungen von

Rp. Thigenol. 2,5
Anaesthesin. 1,0
Hydrogen. peroxyd. (6 %) 10,0
Alcohol. abs.
Glycerin. pur. aa 15,0
M. D. S. Einträufeln drei- bis fünfmal tägl. 10— 15 Minuten.

haben sich mir in jüngster Zeit recht erfolgreich erwiesen.

(Schluss folgt.)

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904, No. 11.)

**Gewerbekrankheiten.** Eine **Keratosis palmaris arteficialis** entdeckten, aufmerksam gemacht durch einen Fall, Doc. Dr. R. Matzenauer und Dr. A. Brandweiner (Klinik für Syph. und Dermatologie in Wien) bei den *Arbeitern in den Selchereien.* Die Affection war bei allen Pat. ausschliesslich auf die Flachhand und auf die Beugeseite der Finger beschränkt und fand sich bei den verschiedenen Arbeitern in mehr oder minder starker Intensität. In intensiven Fällen betrug die schwielige Verdickung über ½ cm, zeigte vielfach lochförmige, wabenartige und grubige Vertiefungen mit Schmutzpfropfen, sodass die Oberfläche der Schwiele ein schwammartiges Aussehen annahm. In den Furchen der Interphalangealgelenke und in den grösseren Hohlhandfalten fanden sich tiefe Risse, welche infolge ihrer Schmerzhaftigkeit beim Arbeiten eine Behinderung abgaben. Abgesehen von solchen Fissuren verursacht aber die keratomartige Verdickung keinerlei subjective Beschwerden. Irgendwelche auffallende entzündliche Reizerscheinungen in der Umgebung der Schwielen oder in deren Randparthieen fehlen vollständig, nirgends Röthung, Knötchen, Bläschen, Borken u. s. w. Die Affection erinnert am meisten an das Bild des Keratoma palmare (et plantare) here-

ditarium, unterscheidet sich jedoch von diesem dadurch, dass sie nicht seit Kindheit besteht, sondern erst im späteren Lebensalter erworben wird und auch nur so lange bestehen bleibt, als die Pat. die bestimmte Beschäftigung ausüben, während sie nach Aussetzen derselben spontan verschwindet. Gegenüber einem chron. Ekzem mit schwieligen Verdickungen unterscheidet sich die Affection vor allem durch den Mangel entzündlicher Erscheinungen, durch das Fehlen von Knötchen, Bläschen, Pusteln. Gewöhnliche Schwielen infolge schwerer Arbeit entsprechen bestimmten Druckstellen, während bei obigen Pat. die ganze Flachhand und Beugeseite der Finger in flächenhafter Ausbreitung fast gleichmässig verdickt ist. Durch die eigenthümlich schwammartig durchlöcherte Oberfläche unterscheidet sich die Affection auch von einer Arsenkeratose, bei welcher die Schwielenbildung meist eine mehr grobhöckerige Oberfläche hat und wenigstens an den Randparthieen kleine, warzig vorspringende Hornkegel zeigt. Als Grund der Veränderungen geben die Selcher meist die Beschäftigung beim „Sautrog" an. Dieselbe besteht aus den zur Enthaarung des Schweins vorzunehmenden Manipulationen. Das Schwein wird zunächst mit nahezu siedendem Wasser überbrüht, sodann mit dem sogen. „Saupech" (gepulvertem Colophonium) bestreut. Nun werden mit einem stumpfkantigen Instrument die oberflächliche Epidermisschicht und mit ihr die Borsten entfernt. Es gehen dabei die obersten Hornschichten in Fetzen mit den Haaren ab. Die Hände kommen also sowohl mit dem heissen Wasser, mit dem das Schwein verbrüht wird, als auch mit dem „Saupech" kurz nacheinander in Berührung. Durch die Macerationswirkung des heissen Wassers allein lässt sich die hochgradige Hyperkeratose nicht erklären; es erscheint also naheliegend, dass *bei der Entstehung der Selcherdermatose das Colophonium eine Rolle spielt* und eine Lockerung und Schwellung der Epidermis veranlasst, da ja offenbar auf Grund dieser Erfahrungsthatsache die Selcher gerade Colophonium zum Abziehen der Epidermis der Schweine benutzen. Man dürfte also wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass die Affection durch die gleichzeitige Einwirkung verschiedener Noxen zustande kommt. Durch das heisse Wasser finden Quellungs- und Macerationserscheinungen in der Epidermis statt, da wahrscheinlich durch die Einwirkung des eingeriebenen Colophoniums, welches sich zum Theil in heissem Wasser löst und so leichter in die Tiefe dringen kann, noch gesteigert wird. Vielleicht spielt ausserdem

noch der Druck eine Rolle, insofern die Arbeiter mit ziemlicher Kraft das Colophonium auf das Schwein einreiben.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904 No. 16.)

Eine **Gewerbedermatose bei Glasmachern** kennt Dr. E. Stein (Teplitz) seit Jahren. Sie ist der von Matzenauer geschilderten Dermatose sehr ähnlich, vielleicht identisch mit ihr und findet sich vor bei Tafelglas- und Flaschenbläsern, wie bei Luxusglasarbeitern (Hohlglasbläsern). Die Affection bei den Flaschenbläsern ist gewöhnlich nicht so intensiv und ähnelt durchaus der Selcherkeratose. Bei Tafelglasbläsern ist sie intensiver, ferner erscheinen stellenweise in der hornharten Verdickung schwarze, punktförmige Einsprenkelungen, in der Tiefe der Masse eingelagert, und endlich ist der Process links stets kräftiger ausgeprägt. Die Tafelglasmacher und ihre Gehülfen blasen eine metallene Pfeife im Gewicht von 9—10 kg mit einer Glasmasse von 15—20 kg; der Arbeiter hält die Pfeife in seiner linken Hand, die rechte Hand dreht. Die sich heiss anfühlende Pfeife mit dem Glas wird angeblasen, geschwungen und in eine offene Form gebracht, in die der Gehülfe zuvor „Stockschmiere“ gestreut hat; der Bläser selbst hat bei Beginn seiner Schicht seine Hände gleichfalls in diese Masse getaucht. Auch der Flaschenbläser, der eine viel leichtere Pfeife mit ganz geringer Masse bläst, streut ein „Pulver“ in die offene Form, damit in derselben die Masse sich leichter drehe. Nur der Hohlglasbläser bedient sich zum Drehen des Glases in der Form keiner Masse, das Gewicht seiner Pfeife und der Masse, die er schwingt, differirt nicht viel von dem der Flaschenbläser, und doch zeigt er nie die Keratose! Es kann also weder der mechanische noch der thermische Reiz allein die Ursache sein. Woraus aber bestehen die „Stockschmiere“ und jenes „Pulver“? Erstere aus Holzkohle, Pech und Colophonium, letzteres ist reines Colophonium. Der Tafelglasbläser braucht seine Schmiere nicht allein, damit er die Masse leicht in der Form drehe, sondern auch damit die schwere Pfeife mit der schweren schwingenden Masse fest in seiner Hand hält beim Schwung. Jetzt wird die *Aehnlichkeit der Selcher- und Glasmacherdermatose* auch klar: *beide Betriebe arbeiten mit grosser Wärme und Colophonium.* Dass auch das mechanische Moment mit eine Rolle spielt, beweist der Umstand, dass die Schwielenbildung beim Tafelglasmacher eine stärkere ist, dass sie auch intensiver in der linken Hand ist, in der die Last ruht. Die schwarzen

Punkte in den Händen der Tafelglasmacher erklären sich daraus, dass die „Stockschmiere“ auch Holzkohle enthält; Flaschenbläser und Selcher bedienen sich des reinen Colophoniums. Auch bei den Glasbläsern finden sich nie Zeichen frischer Hautentzündung, wohl aber oft Rhagaden, die, wenn sie tief sind, arbeitsunfähig machen; Bepinseln mit Jodoformaether, Salicylaether oder bloss Borsalbe und Handbäder in schwacher Lösung von Kal. permang. heilen in wenigen Tagen. Aendert der Bläser den Beruf, so schwindet die Affection allmählich ganz. (Ibidem.)

**Gonorrhoe.** **Wasserstoffsuperoxyd bei Endometritis gonorrhoica** hat Dr. P. Richter (Berlin) mit glänzendem Erfolge angewandt. Er benützte seit über 1½ Jahren bei etwa 50 Fällen von subacuter und chronischer Endometritis das Merck'sche Präparat, aber nicht die 30%ige, sondern eine 15%ige Lösung, hergestellt durch die Verdünnung mit gleichen Theilen Wassers (stets frisch bereitet, da die verdünnten Lösungen rasch ihre ätzende Kraft einbüssen), die er jeden 4. Tag applicirte. Man stellt im Röhrenspeculum die Portio ein, entfernt gründlich, aber vorsichtig, damit ja keine Blutung entsteht, alle Secretspuren und giesst 1—2 ccm der Lösung ins Speculum hinein. Ist eine Blutung aufgetreten, so wird sofort das ganze Speculum mit Schaum angefüllt, der aus Sauerstoff in statu nascendi besteht und eine starkätzende Wirkung auch auf die Haut der Finger ausübt, sodass man möglichst vermeiden muss, mit diesem Schaum in Berührung zu kommen. Bei dieser momentanen, explosionsartigen Katalyse ist natürlich die Aetzwirkung eine oberflächliche, sie ist so gering, dass sogar von einer blutstillenden Wirkung keine Rede ist, und jede Berührung mit dem Watteträger kann eine neue Blutung hervorrufen, sodass man zur Blutstillung schwache, 2—5%ige Lösungen anwenden muss, deren Wirkung wiederum auf die Endometritis natürlich eine geringe ist. Wiederholt man nach einigen Tagen diese Procedur, ebenso in den Fällen, in denen keine Blutung eingetreten ist, so sieht man nach dem Eingiessen der Flüssigkeit an den Stellen, aber *nur* an den Stellen, an denen die Flüssigkeit mit dem erkrankten Endometrium in Berührung gekommen ist, das Auftreten von kleinen Gasbläschen, und man hört die Entstehung des Sauerstoffs an leisen explosionsartigen Geräuschen. Führt man nun den Watteträger durch die im Speculum stehende Flüssigkeit in den Cervicalcanal oder in die

Uterushöhle ein, so vermehrt sich die Gasbildung und die Zahl der Explosionsgeräusche. Je nachdem die Aetzung eine oberflächliche oder mehr in die Tiefe gehende sein soll, zieht man den Watteträger ganz heraus oder führt ihn, nachdem er wieder mit der Flüssigkeit in Berührung gekommen ist, bis 1 Dutzend Mal in die Cervix oder in den Uterus hinein. Mit dem Wiedereinführen wartet man, bis die Blasenbildung am Orificium aufgehört hat. Glaubt man, dass die Aetzung eine genügend tiefe ist und tupft die überflüssige Lösung mit Watte fort, so sieht man an den erkrankten Stellen einen weissen Aetzschorf, der zuweilen an Stellen auftritt, wo man, bei ungenügender Beleuchtung, nichts von einer Erkrankung gemerkt hat. Ist die Endometritis geheilt, so kann man den mit der Flüssigkeit angefeuchteten Watteträger so oft man will einführen, man sieht weder etwas von einem Aetzschorf noch von einer Gasbildung. Autor kam im Durchschnitt mit zehn bis zwölf Aetzungen aus, d. h. die Behandlung dauerte kaum 2 Monate; daneben wandte Autor freilich Ausspülungen, Ichthyoltampons, Sitzbäder, Packungen etc. an. Selbstverständlich gab es auch alte Fälle, die auch dieser Behandlung trotzten. Aber kein Medicament, weder Chlorzink, noch Argent. nitr., noch 20%ige Protargollösung, noch Jodalkohol hat dem cito et tuto so entsprochen, wie das Wasserstoffsuperoxyd. — Letzteres hat sich auch in einem Falle von *Leucoplacia oris* bestens bewährt. Bei dem Pat., der seit Jahren daran litt, wurden zweimal wöchentlich Pinselungen mit concentrirten und Spülungen mit 3%iger Lösung vorgenommen, worauf das Leiden sich in kurzer Zeit erheblich besserte.

**(Therap. Monatshefte, Mai 1904.)**

— Ueber **Misserfolge bei der Gonorrhoebehandlung** lässt sich Prof. E. Finger (Wien) aus und bespricht die Fehler, die bei der Behandlung der G. gemacht zu werden pflegen, und die sich dadurch rächen, dass die G. eben nicht heilen will. Zunächst ist es ein grosser Fehler, eine frische Urethritis anterior zunächst exspectativ, höchstens mit einer internen Medication zu behandeln, wie es oft geschieht. Jeder Tag kann da zur Vergrösserung des Krankheitsherdes führen, wenn man nicht so rasch wie möglich örtlich eingreift und die Invasion der Gonokokken nach oben hin zu verhindern sucht. Einfach adstringirende Mittel, die manche verordnen, führen da auch nicht zum Ziel. Nicht die Secretion ist in erster Linie zu bekämpfen, sondern

der Erreger derselben, was nur mit Mitteln wie Protargol, Largin, Argonin, Albargin, Ichthargan, Argentamin geschehen kann, namentlich den beiden letzteren, die zugleich gonokokkentödtend und adstringirend wirken. Ein dritter Fehler ist der, dass man glaubt, sobald die Secretion sistirt, mit der Localtherapie aufhören zu können. Die Hauptmasse der Gonokokken ist allerdings dann verschwunden und damit auch die Secretion, aber im Epithel und in den Drüsen sind gewöhnlich noch so viele versprengt, dass Recidive des Processes einzutreten pflegen. Eine länger dauernde Behandlung oder wenigstens längere Beobachtung des Pat. ist daher nothwendig. Vor Misserfolgen schützt den Arzt nur die sorgfältige Beobachtung des Endstadiums der Blennorrhoe, insbesondere das Princip, den Pat. nicht früher aus der Beobachtung zu entlassen, bis man sich nicht überzeugt hat, dass die Rückkehr zur normalen Lebensweise, Bewegung, Alkoholica, Coitus u. s. w. keinerlei Rückfall herbeiführen. Misserfolge werden aber auch durch zu lange Behandlung bedingt; es kann dann durch die Injectionen concentrirterer Lösungen ein Reizzustand herbeigeführt werden, welcher die Secretion unterhält. Wird dann die Einspritzung sistirt, so verschwinden die Reizerscheinungen rasch und die sehnlich erwünschte Heilung stellt sich ein. Auch eine Reihe vielleicht kleinlich erscheinender, in Wirklichkeit aber für den Praktiker sehr wichtiger Punkte kommt noch in Betracht. Wenn dem Pat. einfach gesagt wird, er solle sich eine Spritze anschaffen und dreimal täglich spritzen, dann führt das zu mannigfachen Fehlern, welche die Heilung verzögern. Der Pat. kauft sich zunächst eine der kleinen, 5 ccm fassenden Spritzen. Eine solche ist zur Ausheilung absolut ungenügend. Soll das Medicament seine antiseptische Wirkung äussern, dann muss es mit der völlig entfalteten Schleimhaut in Berührung kommen, es muss also die vordere Harnröhre durch die injicirte Flüssigkeit völlig gedehnt werden, was nur bei einer Flüssigkeitsmenge von mindestens 10 ccm möglich ist. Auch die einfache Verordnung, dreimal im Tage einzuspritzen, ist ungenügend, da die Pat. die Injectionen zu Zeiten machen, die ihnen dazu am besten passen, vielleicht Nachmittag um 4 Uhr die letzte, Tags darauf um 9 Uhr die erste, sodass 17 Stunden lang die Harnröhre unbehandelt bleibt, welche Zeit von den Gonokokken gehörig ausgenützt wird. Der Pat. muss in gleichmässigen Abständen injiciren, worauf er aufmerksam zu machen ist. Ferner sagt man ihm oft einfach, er solle

sich ruhig verhalten. Mancher Pat., der viel zu laufen hat, fasst das so auf, dass er besser den Wagen benützt. Der Pat. weiss eben nicht, dass von allen Bewegungen das Gehen noch am unschuldigsten ist, dass jene Bewegungen, welche die Geschlechtstheile erschüttern, das Mittelfleisch in zitternde Bewegung versetzen, wie Fahren, Radeln, Reiten zu vermeiden sind, dass die ärztliche Verordnung, sich möglichst ruhig zu verhalten, zu bedeuten hat: wenig gehen, gar nicht fahren! Ein anderer Pat. denkt, Bettruhe sei gewiss das richtigste, bleibt im Bett, langweilt sich, nimmt pikante Lectüre vor, und diese im Verein mit der Bettwärme erzeugen Erectionen, Pollutionen, der Zustand des Pat. wird eher schlechter. Um die Pollutionen kümmert sich der Arzt überhaupt zu wenig, und doch handelt es sich um einen recht wichtigen Punkt. Nach seinen Erfahrungen kann Autor sagen: die acute G. ist unheilbar, so lange Pollutionen in kürzeren Intervallen als einmal in 2—3 Wochen auftreten. Manchmal erscheint die G. geheilt, wenn aber 2—3 Tage nicht gespritzt worden ist, kehrt der Ausfluss wieder. Das kann sich wochenlang wiederholen und beruht darauf, dass sich zur Urethritis anterior eine Urethritis posterior hinzugesellt hat; durch die Injectionen wird die Urethritis anterior ausgeheilt, bei Sistiren der Behandlung aber erfolgt von Seiten der Urethra posterior stets eine Reinfection. Nun localisiren sich 80—90% aller Urethritiden, die über 2—3 Wochen alt sind, auch auf der Pars posterior, und hier helfen die gewöhnlichen Injectionen nicht. Man kann also sagen, dass die Ausheilung einer G., die älter ist als 2—3 Wochen, in 80—90% der Fälle auf dem Wege der Einspritzung mit der Tripperspritze nicht mehr gelingt. Zur Diagnose der Urethritis posterior dient die Zweigläserprobe, wobei aber zu betonen ist, dass man, falls die zweite Portion des Urins klar ist, das Vorhandensein einer Urethritis posterior noch nicht ausschliessen darf. Man hat da noch immer an zwei Möglichkeiten zu denken: Entweder die hintere Harnröhre ist gesund, oder sie ist zwar krank, aber die zur Absonderung gelangende Eitermenge ist so gering, oder auch deren Consistenz so zähe, dass sie nicht in die Blase regurgitirt, demzufolge auch die zweite Harnportion klar bleibt. Will man in solchen Fällen die Diagnose einer Urethritis posterior stellen, dann ist es nöthig, vor dem Uriniren den Eiter der vorderen Harnröhre fortzuschaffen. Stammt die Eiterung nur aus der vorderen Harnröhre, dann wird, wenn man sie fortschafft, der sofort

darnach entleerte Harn klar sein. Stammt die Eiterung nicht nur aus der vorderen, sondern auch aus der hinteren Harnröhre, und man schafft nun den Eiter der vorderen Harnröhre vor dem Uriniren weg, dann wird der Eiter der hinteren Harnröhre erst mit dem Harn ausgespült werden, diesen trüben oder in Form von Fäden und Flocken im Harn zu sehen sein. Die Fortschaffung des Eiters der vorderen Harnröhre geschieht am besten mittels der „Irrigationsprobe“. Man wäscht, nachdem Pat. mehrere Stunden nicht urinirt hat, mit einem bis zum Bulbus eingeführten, vorne offenen Katheter die vordere Harnröhre mittels an den Katheter angesetzter Handspritze oder Irrigateur aus und lässt dann uriniren. Ist der Harn ganz klar und frei von Fäden, dann ist Urethritis posterior sicher auszuschliessen; diese ist vorhanden, falls der Urin nach der Auswaschung der vorderen Harnröhre trüb ist oder Eiterflocken führt. Ein wenn auch nicht vollwerthiger Ersatz der Irrigationsprobe ist folgendes Verfahren: Pat. wird angewiesen, nachdem er mehrere Stunden nicht urinirt hatte, am besten am Morgen vor der ersten Harnentleerung, die vordere Harnröhre vom Eiter freizuspülen, indem er nach einander mehrere Tripperspritzen mit lauem sterilen Wasser hintereinander in die Harnröhre spritzt und sofort ausfliessen lässt und diese Procedur so lange wiederholt, bis das abfliessende Wasser klar ist, und dann erst urinirt. Das Uebersehen einer Urethritis posterior ist Ursache der häufigsten Misserfolge in der Trippertherapie. Auch das Uebersehen einer Prostatitis catarrhalis wird nicht selten verhängnissvoll. Dieselbe äussert sich manchmal schon durch ein auffälliges Symptom. Lässt man den Pat. uriniren, so sieht man, dass die letzten Tropfen Urins ganz milchig trübe sind, am Glase als milchige, dickflüssige Masse herunterfliessen; es ist dies das durch die Action der Bauchpresse und Darmmusculatur beim Abpressen des letzten Tropfens Urin aus der Prostata ausgepresste katarrhalische Secret. In anderen Fällen fehlt dies Symptom oder ist wenig ausgeprägt, aber die Diagnose lässt sich sofort stellen, wenn man dem Pat. unmittelbar nach einer ausgiebigen Miction, die Prostata vom Rectum aus mit dem Finger auspresst und eine milchige, bröcklige, oft selbst eiterähnliche Flüssigkeit in der Menge mehrerer Tropfen am Orificium urethrae austreten sieht, die unter dem Mikroskop neben den normalen Elementen der Prostata zahlreiche Eiterzellen und Gonokokken enthält. Die völlig sachgemässe Behandlung der Urethritis anterior et posterior

vermag den Process nicht zur Heilung zu bringen, der Harn erscheint klar, normal, weil der Oberflächenprocess beseitigt ist, aber sobald man, in der Meinung, der Pat. sei geheilt, mit der Behandlung aufhört, kann eine der folgenden Eventualitäten eintreten. Sind noch viele und virulente Gonokokken in den Drüsen der Prostata eingeschlossen, dann treten diese auf die Oberfläche der Urethra posterior aus, inficiren diese und erzeugen ein Recidiv, das sich als von der Prostata ausgegangen dadurch charakterisirt, dass es als Urethritis posterior mit Trübung beider Harnportionen und mit oder ohne Reizerscheinungen am Blasenhals auftritt. Ist die Zahl oder Virulenz der in der Prostata zurückgebliebenen Gonokokken gering, dann tritt nicht ein Recidiv spontan ein, Pat. kann sich selbst längere Zeit wohl fühlen, keinerlei Erscheinungen darbieten, selbst den Coitus schadlos ausüben, aber früher oder später kommt, meist unter dem Einfluss einer bedeutenderen sexuellen Schädlichkeit, doch die scheinbar geheilte G. wieder zum Vorschein. Entweder als acute Urethritis posterior, oder in Form einer Epididymitis, oder wenn Gonokokken in die Blutbahn gelangen, erkrankt Pat. an einer gonorrhoischen Arthritis u. s. w. Oder endlich, wenn die Gonokokken spärlich und wenig virulent sind, können dieselben auch sehr lange latent in der Prostata verbleiben, dem Pat. selbst keinerlei Zufälle mehr bringen, wohl aber nach der Heirath, wenn Pat. mit Sperma und Prostatasecret auch seine Gonokokken ejaculirt, die Frau inficiren. Es spielt also gerade die hintere Harnröhre und Prostata bei der G. eine grosse Rolle, Uebersehen dieser Localisationen verursacht die folgenschwersten Misserfolge in der Trippertherapie. (Wiener klin. Rundschau 1904 No. 17 u. 18.)

**Obstipation.** Ueber die **Behebung der O. im Puerperium mit besonderer Berücksichtigung des Purgatins** (Knoll) macht Dr. Kurt Frank Mittheilung. Er wandte das Purgatin bei 30 sorgfältig beobachteten Wöchnerinnen des Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheims an und machte dabei Erfahrungen, die von denjenigen anderer Beobachter in wesentlichen Punkten abweichen. Bei zwei Gramm erfolgte in wenigen Fällen nach acht, in den meisten aber erst nach 16—24 Stunden die Lösung der O. Das Mittel wurde den Wöchnerinnen fast ausnahmslos am dritten Tage post partum, also nach zwei- bis zweieinhalbtägiger O. gegeben (meist in Oblaten, theils am Morgen vor dem Frühstück, theils am Abend). Der Stuhl war stets sehr

reichlich, theils von fester, meist breiiger Consistenz. In vier Fällen versagte Purgatin, indem bei zwei Gramm auch nach 24 Stunden kein Effect auftrat, einmal wurden nach 24stündigem Abwarten nochmals zwei Gramm gegeben, ohne dass Stuhlgang erfolgte, während einmal eine zweite Dosis wirkte. Ein bis eineinhalb Gramm blieben ohne Wirkung. Das Mittel wurde bei seiner Geschmacklosigkeit gern genommen. In acht Fällen zeigten sich nach Einnahme keine oder nur geringe Leibschmerzen, in allen übrigen Fällen aber traten die heftigsten, krampfartigen Colikschmerzen auf, vielfach auch Uebelkeit und Kopfschmerz. Beim Stuhlabsetzen und unmittelbar vorher klagten fast alle Frauen über heftig drängende Schmerzen im Unterleib. In acht Fällen zeigte sich auch eine üble Wirkung auf den Säugling; die Kinder waren sehr unruhig, hatten offenbar Colik, der Stuhl war stinkend, grünlich missfarbig, einmal röthlich. Mehr als dies fällt aber die Beeinflussung der Nieren ins Gewicht. Die Rothfärbung des Urins ist bekannt; sie tritt gewöhnlich nach zwei Stunden ein, wird nach fünf bis sechs Stunden am stärksten und dauert oft 24 Stunden und darüber an. Aber in einem vorher ganz normalen Harne trat Albuminurie und Cylindrurie nebst heftigen Durchfällen und starken Leibschmerzen nach Einnahme von zwei Gramm bei einer sonst gesunden Frau auf, in zwei weiteren Fällen nahm der früher nur in Spuren nachzuweisende Albumengehalt sichtlich zu, und erst nach einer Reihe von Tagen, nachdem das nur einmal verabreichte Mittel ausgesetzt war, minderte sich der Eiweissgehalt. Dies spricht wohl deutlich für Nierenreizung durch Purgatin. Die Nieren befinden sich ja während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in einem Zustand der Reizung, die so gereizte Niere reagirt also um so stärker auf das Purgatin. *In Fällen von Nierenaffectionen und bei Graviden und Wöchnerinnen ist also Purgatin entschieden zu perhorresciren.* Die guten Eigenschaften des Purgatin bestehen nur darin, dass es geschmacklos ist und meist ausgiebige breiige Stühle schafft. Dagegen wirkt es recht langsam, bewirkt Leibschmerzen und Uebelkeit, schädigt auch den Säugling, und vor allem es schädigt die Nieren. Auch die rothen Flecke, die der Harn in der Wäsche macht, verschwinden nicht auf blosses Waschen, sie blassen höchstens ab. Das Mittel ist jedenfalls bei Nierenkranken und Wöchnerinnen contraindicirt. Des Mittels kann man aber im Puerperium auch leicht entrathen, denn Autor hat bei 400 Geburten mit Wasserklysmen und Ricinus

(per os und per rectum) immer Erfolg erzielt. Um das Ekelgefühl gegen Ricinus zu beheben, empfiehlt sich das Verfahren Rosenberg's, mit dem auch Autor Erfolg hatte: Pat. muss beim Einnehmen die Nase fest zuhalten (auch die Augen schliessen) und, bevor die Nase wieder geöffnet wird, die Lippen gut abwischen und die Reste des Oeles im Munde mit Limonade hinunterspülen.

(Centralblatt für Therapie, April 1904.)

— **Exodin,** das neue, schon von Ebstein geprüfte Abführmittel (Chem. Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering, Berlin), hat jetzt auch Dr. Alfons Stauder (Nürnberg) versucht. Er gab die käuflichen Tabletten à 0,5 Gramm in Wasser aufgeschwemmt; bei Erwachsenen genügen zwei bis drei Stück, bei Kindern ein Stück. In dieser Quantität werden die im Wasser leicht zerfallenden Tabletten gern genommen und gut vertragen, was ja bei der völligen Geschmack- und Geruchlosigkeit des Mittels nicht zu verwundern ist. Auch der Magen wird nicht alterirt, selbst Ulcuskranken konnte das Mittel ohne die geringste Störung gegeben werden. Am besten verabreicht man es abends vor dem Schlafengehen, da die Wirkung durchschnittlich erst nach 18—24 Stunden zu erwarten ist; bereits nach 8—10—12 Stunden wirkte das Mittel höchstens in leichteren Fällen chron. O. oder erst nach wiederholter Darreichung. Exodin scheint eben die darniederliegende Peristaltik nicht plötzlich und für kurze Zeit anzuregen, sondern einen langsam und mehr protrahirt wirkenden Reiz auf dieselbe auszuüben. Dadurch erklärt es sich auch, dass jegliche Schmerzen im Leibe, Coliken bei passend ausgewählten Fällen völlig ausbleiben, dass die Entleerungen mit seltenen Ausnahmen immer breiig oder geformt, nie wässrig sind, dass das unangenehme Vorkommniss von viel dünnen Stühlen oder Durchfall selten, fast nie eintritt, und dass nicht nach eingetretener Wirkung stärkere Verstopfung folgt, sondern die Wirkung auf mehrere Tage hinaus anhält und erst nach und nach abklingt. Natürlich wirkt Exodin nicht bei allen Fällen von O. so günstig. Am besten eignen sich für seine Anwendung acute und chron. O. sonst gesunder Menschen, die sogen. atonischen Formen der O., ausserdem solche Fälle, wo man infolge Haemorrhoidalleidens, Darmstenose, Abknickung des Colons u. s. w. auf regelmässige Entleerung sehen muss. Die Fälle spastischer O. eignen sich natürlich ebensowenig zur Anwendung des Exodins, als man bei Darmlähmungen oder alten, mit starker Ein-

wirkung der Kothmassen einhergehenden Koprostasen von einer einmaligen Exodindosis sich ausgiebigen Erfolg versprechen darf. In solchen Fällen sind Klystiere entschieden vorzuziehen, die einerseits die contrahirte Darmmusculatur infolge der Wärme und der Reizlosigkeit des Klysmas erschlaffen und so die Entleerung fördern, andererseits die in den Haustris eingetrockneten, harten Kothballen rasch erweichen und verflüssigen; heisse Thee- und Oelklysmen sind für so gelagerte Fälle entschieden das Richtige. Das Exodin aber nach Verflüssigung der Skybala mittels Klystiers als Schiebemittel zu verwenden, kann nur wärmstens angerathen werden. Beim Gebrauch des Exodins bemerkt man häufig eine dunklere Färbung des Urins, jedoch färbt derselbe keineswegs die Wäsche, wie der Purgatinharn. Reizung der Nieren (Eiweiss) hat Autor nie constatirt. Vor Emodin hat Exodin den Vorzug des bedeutend billigeren Preises. Auch die sichere, stets gleichbleibende Wirksamkeit des Mittels, die ausgiebigen Entleerungen von nie dünner Beschaffenheit, das Fehlen jeglicher unangenehmen Nebenwirkung machen das Exodin zu einem sehr werthvollen Abführmittel. (Die Therapie der Gegenwart, Juni 1904.)

**Otitis.** Ueber **O. externa ulcerosa** lässt sich Prof. A. Barth (Leipzig) aus. Derselbe hat mehrfach eine Form von Entzündung des Gehörgangs beobachtet, die leicht mit Furunculose verwechselt wird, sich aber von dieser wesentlich unterscheidet. Auch bei ihr sind Schmerzen im Ohr vorhanden. Die Localisirung derselben, besonders beim Betasten, die absolute Reizlosigkeit des Trommelfells zeigen sofort, dass es sich um eine O. externa nur handeln kann. Aber es fällt auf, dass man zunächst überhaupt noch nichts von Entzündungserscheinungen sieht, oder dass letztere sehr im Missverhältniss zur Stärke der Schmerzen stehen. Auch bei sehr lebhaften Schmerzen sind Röthung und Schwellung auffallend genug im Vergleich zur O. furunculosa. Es ist kaum möglich, im Anfangsstadium diese eigenthümliche O. von einer beginnenden O. furunculosa zu unterscheiden, bei der localisirte Furunkelbildung noch nicht zu erkennen ist. Daher hat Autor sie bisher noch immer in diesem Zustande derselben Behandlung unterzogen, welche ihm seit 20 Jahren die besten Resultate ergeben hat: möglichst gleichmässiges, ziemlich festes Ausstopfen des Gehörganges mit in 1 ‰iger Sublimatlösung getauchtem Tampon. Dieser wird entweder durch ein als Schlussstück in den äussersten Theil des Gehörgangs gedrücktes, mit Salbe bestrichenes

Stück Watte oder durch einen aufgelegten Priessnitz'schen Umschlag feucht gehalten und mindestens einmal täglich, höchstens zweimal innerhalb 24 Stunden gewechselt. Aber schon die Reaction der erwähnten beiden Erkrankungsformen auf diese Behandlung ist eine verschiedene. Die Furunculose im Anfangsstadium wird durch diese Tamponade nicht selten coupirt, die Entzündung bildet sich in wenigen Tagen ohne Eiterung zurück. Meist jedoch, und in den vorgeschrittenen Fällen immer, kommt es zur Eiterung. Der Druck des Tampons hält den Gehörgang offen und zugänglicher. Trotz dieses Druckes aber lassen die Schmerzen meist schnell nach. Die Furunkel localisiren sich, erweichen ziemlich schnell, stossen Eiter und nach wenigen Tagen den nekrotischen Pfropf aus, um dann bald zu verheilen. Neue Nachschübe sind selten. Anders bei der zweiten Erkrankungsform. Die Entzündung bleibt bei dieser feuchten Behandlung immer mehr diffus auf eine grössere Fläche des Gehörganges verbreitet. Auf dieser Fläche löst sich sehr bald an einer, meist an mehreren Stellen in der Grösse eines Stecknadelkopfes die Epidermis ab, und man sieht eine fast kreisrunde, in der Mitte oberflächlich nekrotische, schmutzig gelbgraue mit rothem Rande umsäumte Stelle des Coriums frei liegen. Die Eiterung ist stets sehr gering, gerade soviel, dass man an einem Tampon, wo er mit einer excoriirten Stelle 24 Stunden lang in Berührung war, ein kleines gelbes oder grünlich-gelbes Fleckchen bemerkt, ungefähr so, wie man es bei der Furunculose ganz kurz vor der vollständigen Uebernarbung sieht. Während sich die Furunculose durch Abscesse in und unter der Haut charakterisirt, haben wir es hier von Anfang bis zu Ende mit oberflächlichen kleinen Ulcerationen zu thun. Autor schlägt deshalb vor, diese Erkrankungsform im Gegensatz zur Furunculose als *Otitis externa ulcerosa* zu bezeichnen. Bei ihr, auch wieder im Gegensatz zur Furunculose, hatte er nie gesehen, dass sich ein nekrotischer Gewebspfropf ausgestossen hätte. Die Otitis furunculosa ebenso wie die Otitis ulcerosa haben die Eigenthümlichkeit, dass, wahrscheinlich durch die entzündliche Hyperaemie, schnell eine reichlichere Epithelbildung stattfindet, sodass die Gehörgangsoberfläche bald von abgestorbenem erweichten Epithel, wie von einer Vernix caseosa-Schicht überdeckt ist, welche sich leicht herunterwischen lässt. Da Autor in beiden Fällen die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass unter dieser Epithelschicht die Infectionsträger besonders geschützt sind, leicht weiter wuchern und dadurch zur Bildung neuer

Erkrankungsherde Veranlassung geben, hatte er es immer für seine Pflicht gehalten, diese Epidermismassen durch vorsichtiges Auswischen mit einem etwas fest gewickelten, ebenfalls in Sublimatlösung getauchten Wattetupfer zu entfernen. Dabei beobachtet man, dass wohl auch auf den Furunkeln, vor allem aber in den durch die Weichtheilschwellung gebildeten Hautfalten das Epithel sich reichlicher abstösst. Bei der Otitis ulcerosa jedoch, wo es infolge der geringen Schwellung nie zu Faltenbildung kommt, ist es auffallend, wie gerade in der nächsten Nähe der kleinen Ulcerationen die Epithelbildung ausserordentlich reichlich vor sich geht. Oft hat man auch den Eindruck, wie wenn die verdickte Epithellage am Rande der Geschwürchen etwas unterminirt wäre. Auch bei dem Auswischen des Gehörganges ergiebt sich wieder ein Unterschied: bei der Furunculose sind es hauptsächlich die geschwollenen Weichtheile, welche auf Druck mit Schmerz reagiren, seltener und viel weniger geschieht das an dem offenen Krater des Furunkels. Bei der ulcerösen Form ist es in erster Linie das blossliegende Corium, welches gegen die geringste Berührung ausserordentlich empfindlich ist. Auch die mit der Wundfläche in directe Berührung kommende Sublimatlösung ruft bei der Otitis ulcerosa regelmässig einen viel intensiveren Schmerz hervor, als es bei der furunculosa, und hier nur manchmal, der Fall ist, sodass es sich empfiehlt, bei empfindlichen Pat. einen von Otitis ulcerosa befallenen Gehörgang vor der Reinigung jedesmal zu cocainisiren, was bei der oberflächlichen Lage der Erkrankung sehr guten Erfolg hat. Bei der Therapie fällt auf, dass es für die Furunculose keine bessere Behandlung giebt, als die sorgfältig durchgeführte Tamponade (Sublimat oder essigsaure Thonerde). Unter der gleichen Versorgung stellen sich bei der Otitis ulcerosa immer neue kleine Geschwüre ein. Bei der Furunculose wendet Autor Salbenbehandlung (Ungt. hydrarg. ciner. oder praec. alb.) erst im letzten Stadium kurz vor der Uebernarbung an; bei der ulcerösen Form muss sehr bald zu ihr übergegangen werden, will man die Heilung nicht unnütz hinausziehen.

**(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)**

— **Die Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit 10%igem Carbolglycerin** empfiehlt Prof. Dr. Arthur Hartmann (Berlin) aufs Neue, und weist die Einwände zurück, dass Carbolglycerin das Trommelfellbild oft verwischt und ätzend wirken kann. Beides ist absolut nicht der

Fall. Wohl aber werden bei der acuten Mittelohrentzündung die Schmerzen in recht vielen Fällen sofort nach der Einträufelung abgeschnitten und damit nicht selten auch der Krankheitsprocess. Man findet z. B. ein Kind in theilnahmslosem Zustande, wimmernd im Bett liegen, es wird berichtet, dass dasselbe zuvor über Ohrschmerz geklagt hat, bei der Untersuchung besteht starke Röthung des Trommelfells; wird nun eine Einträufelung von Carbolglycerin gemacht, so kann man nicht selten sehen, dass das Kind nach wenigen Minuten frisch und gesund das Bett verlässt und seinem Spiel wieder nachgeht, ohne dass wieder Entzündungserscheinungen eintreten. Auch bei Erwachsenen schafft diese Therapie erheblichen Nutzen. Besonders bei Kindern aber sollte in allen Fällen Carbolglycerin in Anwendung kommen, und sollte das Mittel der Hausapotheke der Kinderstube einverleibt werden; da es auch vom gesunden Ohr ertragen wird, kann kein Schaden verursacht werden. Bei schweren Entzündungen, insbesondere wenn starke acute Nasenrachenkatarrhe oder infectiöse Mandelentzündungen bestehen, bringt das Mittel nur vorübergehend Linderung, und soll die Paracentese nicht verschoben werden. Da das Mittel die anaesthesirende Wirkung hauptsächlich auf das Trommelfell ausübt, so wird die Paracentese durch dasselbe zu einer schmerzlosen gemacht. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Psoriasis.** Zur **Behandlung der P. durch den prakt. Arzt** empfiehlt Dr. Dreuw (Hamburg) die Salbe, die er schon 1903 als sehr wirksam angegeben hat:

Rp. Acid. salicyl. 10,0
Chrysarobin.
Ol. Rusci āā 20,0
Sapon. virid.
Vaselin. āā 25,0.

Autor hat im letzten Jahre wieder eine grosse Anzahl von Psoriasispatienten damit behandelt. Die erkrankten Stellen werden mit Borstenpinsel Morgens und Abends eingerieben, 4—6 Tage lang (darüber event. nach leichtem Antrocknen etwas Amylum oder Zinkpuder). Am 5. oder 6. Tage lässt man dann 1—3 Tage lang täglich warm baden und täglich 1—3 mal Vaseline gründlich einreiben. Diesen Turnus von etwa acht Tagen wiederholt man dann noch 1—3 mal resp. öfter, je nach der Schwere des Falles, und wird in der Regel Heilung der P. damit erzielen. Schon

am ersten oder zweiten Tage nach der Einpinselung bemerkt man, dass die Salbe auf der normalen Haut in der Umgebung der psoriatischen Efflorescenzen als schwarze, papierdicke, zusammenhängende, pergamentartige Kruste festhaftet, während überall dort, wo sich Psoriasisstellen befinden, ein Festhaften der Salbe sich nicht zeigt, vielmehr starke Abschuppung der Plaques stattfindet. Ueberall dort, wo P. in irgend einer Form von der einfachen schuppenden Papel bis zur ausgebildeten krustösen Affection vorhanden ist, stellt sich intensive Abschuppung ein, die Salbe ist direct ein Reagens dafür, ob eine Stelle ps oriatisch ist oder nicht. Die der normalen Haut nach der Behandlung von 5—6 Tagen fest anhaftenden schwarzen Membranen lösen sich allmählich nach einigen Tagen durch das Baden und Einreiben von Vaseline. Chrysarobinreizung tritt so gut wie nie ein. Auch Lassar hat 300 Fälle von P. so behandelt, und bestätigt die Reizlosigkeit der Methode, die bei aller Einfachheit so wirksam ist, dass er sie jetzt bei allen Pat. mit P. zur Anwendung bringt; auch bei *Prurigo* und pruriginösen Infiltraten, bei veraltetem *Lichen ruber* hat sich ihm die Salbe bewährt. Desgleichen lobt Unna diese Methode. Pat. muss während der Cur nur zu dieser zu benützende Kleider und Unterzeug verwenden, am besten zwei Hemden und Unterhosen, die jede Woche gewaschen und abwechselnd getragen werden. Um eine gleichmässig zusammengesetzte und fein verriebene Salbe zu benützen, empfiehlt es sich, die von Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellte zu ordiniren, welche Firma auch einen ebenso zusammengesetzten *Pflastermull* in den Handel bringt, der so reizlos ist, dass man ihn selbst acht Tage hintereinander liegen lassen kann, was besonders bei den letzten Resten der P. sowie bei Recidiven die einfachste und wirksamste Art ist, sie zu beseitigen; Pat. klebt einfach davon ein Stück auf, lässt es einige Tage liegen und reinigt dann mit Benzin.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 20.)

**Syphilis. Zur Kenntniss der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion** von Prof. Dr. J. H. Rille (Schluss). 2. *S. der Vaginalportion. Primäraffecte* sind hier keineswegs selten. Sie sitzen entweder mehr central oder seitlich an den Cervicallippen, besonders am vorderen Labium. Bisweilen, bei weitklaffendem Cervicalcanal, erstrecken sie sich bis weit hinein in letzteren. Meist handelt es sich nur um ein einziges Ulcus. Je weiter

vom Orificium entfernt, desto regelmässiger kreisförmig erscheint der Primäraffect, wogegen grössere, etwa über die ganze Muttermundslippe verbreitete oder das Ostium cervicale concentrisch umgebende Sklerosen als diffuse Substanzverluste erscheinen. Einzelstehende haben die Grösse einer Linse, häufiger die einer kleinen Münze. Aussehen in typischen Fällen durchaus charakteristisch. Planer, nicht in die Tiefe gehender Substanzverlust von braunroth glänzender oder theilweise grauweiss bis graugelb belegter Oberfläche. Belag membranartig, an der Unterlage festhaftend und schwer abstreifbar. Rand meist im Niveau der Geschwürsbasis gleichwie in der gesunden Umgebung; bisweilen ist er leicht elevirt und durch eine scharf abgesetzte, braunroth glänzende Linie begrenzt. Von der Oberfläche der Wunde sickert seröse Flüssigkeit ab, die sich, weil sie sich mit den Absonderungen des Uterus und der Vagina vermischt, nicht weiter bemerkbar macht. Manchmal findet man auch stärker vorspringende, knotenförmig elevirte Primäraffecte. Selbstredend minder charakteristisch ist der gemischte Schanker, dessen Geschwürsgrund stärker vertieft, dessen Belag eitrig und deshalb zum grössten Theile abstreifbar ist. Phagedaenischer Zerfall an nicht mit Ulcus molle complicirten Portiosklerosen entwickelt sich am ehesten bei Schwangeren. Die Consistenz des Geschwürsgrundes lässt sich gewöhnlich nicht prüfen. Beim Vorschieben eines Simon'schen Speculum in die Scheide beobachtet man bisweilen ein förmliches Einschnellen der primär-syphilitisch afficirten Portio infolge der durch die specifische Erkrankung gesetzten Gewebsverdichtung und Gewichtszunahme dieses Organs. Nicht selten erscheint die Portio hochgradig vergrössert. Subjective Erscheinungen fehlen; weder spontan noch bei Berührung die geringste Empfindlichkeit. Sklerosen an der Vaginalportion bleiben meist unbemerkt, umsomehr, als Anschwellung der Leistendrüsen fehlt, die ja hier gar nicht in Betracht kommen. Nur an der Portio und am äusseren Genitale gleichzeitig vorhandene Primäraffecte sind von Schwellungen der Inguinaldrüsen begleitet. Letztere findet man indess zuweilen bei alleiniger Primärerkrankung der Portio; dann ist sie durch Anastomosen der Lymphgefässe begründet. Vereinzelt beobachtete Autor übrigens suppurirende Leistenbubonen, welche durch ausschliesslich an der Portio situirte weiche Schanker veranlasst waren. Die Dauer des Primäraffects an der Portio ist für gewöhnlich keine lange; derselbe heilt, ob behandelt oder nicht, innerhalb kurzer Zeit, bisweilen schon inner-

halb 2—3 Wochen. Es giebt aber auch Fälle von sehr protrahirtem Verlaufe, in welchen das primäre Ulcus das consecutive Exanthem überdauert und selbst noch zur Zeit eines recidivirenden Ausschlages vorhanden sein kann. Bei abnorm grossen Primäraffecten nebst gleichzeitiger Hypertrophie des Collum uteri macht die Ueberhäutung im Centrum trotz bereits vollzogener breiter peripherer Uebernarbung oftmals durch Wochen hindurch keine Fortschritte. Manchmal bricht auch die Narbe später wieder auf, es bildet sich neuerdings ein schwer heilender Substanzverlust, was in Bezug auf Infectionsgefahr natürlich von ernstester Bedeutung ist. Die Narbe nach einem Primäraffect an der Portio ist zart, unscheinbar und in der Regel nach kurzer Zeit überhaupt nicht mehr nachweisbar. Bisweilen freilich ist die Narbe scharf abgegrenzt und noch nach Jahren erkennbar. Die *Diagnose* ist bei virginaler Beschaffenheit der Portio leicht, umso schwieriger jedoch, je beträchtlichere Veränderungen vorausgegangene Partus gesetzt haben. In erster Linie kommen *Erosionen* am Muttermunde (nach Schwangerschaft, nach Endometritis cervicis) in Frage. Gewöhnlich setzen sich dieselben jedoch bis in den Cervicalcanal hinein fort und sind vorzugsweise an der rückwärtigen Cervicallippe localisirt. Meist sind sie oberflächlich granulirt und nur selten mit dem gerade für primäre S. charakteristischen, grauweissen, pseudomembranösen Belage versehen; aus diesem Grunde ist auch die Farbe der Erosionsfläche eine mehr gleichmässige, bald dunkelroth, bald gelblich oder blassroth. Für katarrhalische Erosion diagnostisch verwerthbar, wenngleich nicht absolut beweiskräftig, sind schleimigeitriger Cervicalfluor, Anomalieen der Menstruation und Schmerzhaftigkeit in der Uterus- und Kreuzbeingegend. Dazu kommt noch der weitere Verlauf, der bei primärer S. ein rascher, bei Erosionen ein äusserst träger ist. Ein anderer, häufig an der Portio vaginalis, meist unmittelbar vor oder nach der Menstruation zu beobachtender Zustand ist der *Herpes genitalis* (*menstrualis*). An den Cervicallippen bemerkt man dunkelrothe oder grauweiss belegte, zunächst stecknadelkopfgrosse Erosionen, die alsbald zu linsengrossen und noch umfänglicheren, polycyklisch contourirten Substanzverlusten zusammenfliessen. Sie überragen aber nirgends das normale Niveau und ermangeln jedweder Infiltration. Unbedingt beweisend ist der als Rest der Bläschendecke allerdings nur selten zu beobachtende, fetzige, weissliche Epidermissaum an der Peripherie der Erosionen. Der *weiche Schanker*

ist leicht zu differenziren und kommt an der Portio entschieden seltener vor, als die primäre Lues. Auch das Ulcus molle elevatum kommt hier vor. Beachtenswerth ist, dass in solchen Fällen ausser an den Cervicallippen auch im Fornix sowie am äusseren Genitale, namentlich in der Fossa navicularis, weiche Schankergeschwüre vorhanden zu sein pflegen. Auch Verwechselungen mit *Carcinom* kommen in Frage. Die Kenntniss aller dieser Verhältnisse ist von grosser Wichtigkeit, namentlich in diagnostischer Beziehung. Zweifellos giebt ein Primäraffect an der Vaginalportion eine viel ergiebigere Infectionsquelle ab, als die an anderen Stellen des weiblichen Genitale localisirten Sklerosen, zu dem kommt, dass Prostituirte, welche doch nahezu ausnahmslos mit Blennorrhoe der Cervix behaftet sind, für diese Art von Syphilisinfection besonders disponirt sind. Weiter kann der harte Schanker hier zum Geburtshinderniss werden; besonders erscheint er für den Geburtsact von Bedeutung, wenn er sich am Ende einer Schwangerschaft entwickelt. Infolge der durch ihn geschaffenen Starrheit bleibt die genügende Erweiterung des Muttermundes aus, operative Eingriffe werden nöthig. Was die *Therapie* anbelangt, so genügen meist Scheidenspülungen, Jodoformtampons und Bepinselung mit Lapislösung, um die Uebernarbung zu beschleunigen; ab und zu ist der Primäraffect freilich äusserst torpid und trotzt jedweder Local- und Allgemeinbehandlung. *Secundär-syphilitische* Ercheinungen an der Vaginalportion sind sehr selten. Autor hat nur viermal breite Condylome an den Muttermundslippen gesehen. Sie glichen ziemlich den Plaques muqueuses der Mund- und Rachenschleimhaut: linsengrosse, scharf umschriebene, bläulichweisse, kreisrunde, leicht über das Niveau der Schleimhaut elevirte Efflorescenzen, die keinerlei subjective Erscheinungen machten. Dass in der Frühperiode der S. zu der Schleimhaut und vielleicht auch in den Wandungen des Uterus mehr minder tiefgreifende Veränderungen sich finden, ist angesichts der Analogie mit anderen Schleimhäuten und Organen des Körpers höchst wahrscheinlich, die Möglichkeit der Existenz einer specifischen Endometritis also sehr wohl gegeben, wenn auch bisher nicht exact bewiesen. *Tertiär-syphilitische* Erscheinungen kommen, wenn auch nicht häufig, vor, und hat Autor Gummata der Vaginalportion ab und zu beobachtet. Ihr Aussehen ist nicht besonders charakteristisch, die Diagnose daher meist nur per exclusionem und mit Berücksichtigung sicher nachgewiesener syphili-

tischer Antecedentien zu machen. Wie es scheint, machen sie keine tieferen Zerstörungen. Autor fand durchwegs seichte, länglichovale Geschwüre mit blassrothem Grunde und viscidem, nicht eitrigem Belage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

— Eine **Cataracta congenita auf der Grundlage angeborener S** demonstrirte Prof. Axenfeld bei einem 1/2 jährigen Kinde, welches mit syphilitischen Hauterscheinungen und einseitiger Katarakt mit hinteren Synechieen zur Welt kam. Das andere Auge hat Nystagmus und offenbar tiefere (ophthalmoskopische) Veränderungen, deren Natur sich aber noch nicht sicher erkennen lässt. Die Katarakt ist hier durch Vermittelung einer intrauterinen Uveïtis zustande gekommen. Solche schleichende Uvealentzündungen spielen auch sonst auf dem Gebiete der Cataracta congenita eine Rolle. Es empfiehlt sich deshalb allgemein bei Cataracta congenita auch an eine Allgemeinbehandlung zu denken.

(Verein Freiburger Aerzte 26. II. 1904. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

**Tumoren.** **Lebercarcinome und Katzenegelerkrankung** stehen in einem gewissen Zusammenhang nach Prof. Dr. M. Askanazy (Königsberg i. Pr.). Es handelt sich um das *Distomum felineum*, einen Parasiten, den man in den Gallengängen von Katzen und Hunden bisher aufgefunden hat in Italien, Frankreich, Holland, Russland und in Deutschland (Danzig, Königsberg); in Königsberg ist es ein ausserordentlich häufiger Katzenparasit. Das Würmchen ist für das blosse Auge hinsichtlich seiner Grösse leicht kenntlich, da es etwa 1 cm lang und ca. 2 mm breit ist, aber fast völlig durchsichtig, sodass man es doch einmal übersehen kann, wenn es mit einem kleinen Flüssigkeitsstrom über die Schnittfläche des Organs event. noch im zusammengeklappten Zustande gleitet, eine Möglichkeit, die durch die diffus röthliche Farbe des Thieres sicherlich nicht verringert wird. Ja ein grösseres, aus solchen Parasiten zusammengeballtes Klümpchen hat für den flüchtigen Blick eine gewisse Aehnlichkeit mit einem succulenten schleimigen Gerinnsel; liegen nun solche Thiere in blutigen Schleim eingebettet, so muss man genau gegen das Licht sehen, um die einzelnen Distomen nicht zu übersehen. In Sibirien fand Winogradoff dies Distomum bei neun Menschen. In der Königsberger medic. Klinik starb 1900 ein Pat. aus Heidekrug an einem Gallertcarcinom der Leber. Inmitten des

Lebertumors fielen buchtige Gänge mit schwärzlichem, breiigem Inhalte auf, der aus Eiterzellen, schwarzem Pigment und kleinen Distomumeiern bestand, die sich auch in den verdickten Gallengängen zeigten. Aus ihnen wurden mehr als 100 Distomen hervorgeholt. Man erfuhr nun, dass solche Eier sich schon früher einmal im Stuhle eines Pat. aus Heidekrug gefunden hätten. Es kamen jetzt folgende Fragen in Betracht: 1. Handelt es sich um eine zufällige Duplicität der Beobachtung eines sehr seltenen Parasiten oder sind die Fälle die verrätherischen Vorposten eines bisher unentdeckten Krankheitsherdes? 2. Steht das Carcinom in Beziehung zur Invasion des thierischen Schmarotzers? 3. Woher stammt der Parasit, auf welchem Wege erfolgt die Infection? Diese Fragen suchte Autor zu ergründen. Er liess sich aus der Gegend der beiden Pat. 15 Stuhlproben von 15 verschiedenen Personen kommen, Leuten aus der Nähe des Kurischen Haffes. Als einzige Bedingung für die Auswahl der Stuhlproben wurde gestellt, dass die Individuen an Bothriocephalen litten, weil auch obige 2 Pat. diese Parasiten im Darm beherbergt hatten. Von den 15 Stuhlproben nun konnte Autor in fünf die Eier des Katzendistomum nachweisen! Also es war am Kurischen Haff ein bisher unbemerkter Herd von Katzenegelinfection beim Menschen vorhanden. Nun zur 2. Frage. Zunächst konnte Autor feststellen, dass die Distoma felinea in der Katzenleber eine mit drüsiger Wucherung des Gallengangsepithels einhergehende Wandverdickung der Gallencanäle erzeugen. Auch in der menschlichen Leber liess sich nun eine solche reichliche Sprossenbildung seitens des Gallengangsepithels an allen Schnitten erkennen. Andererseits sprach die Form der Carcinomzellen für ihre Abkunft vom Epithel der Gallengänge, auch liessen sich Bilder auffinden, die als Uebergänge der zunächst gutartigen Epithelsprossen in atypische Wucherung, mit Bildung von Gallertkrebsnestern, gedeutet werden mussten. So drängte alles zur Auffassung, dass jenes Carcinoma gelatinosum hepatis eine indirecte Folge der parasitären Infection darstellte. Nachher kamen noch drei Fälle von Combination von Leberkrebs und Katzenegelinfection in der Klinik zur Beobachtung; auch hier handelte es sich um Pat. aus Heidekrug. Wo aber lag die Infectionsquelle? Da die Hauskatzen in jener Gegend sich hauptsächlich von Fischen nähren, die als „Katzenfische“ auf dem Fischmarkte billig zu haben sind, lag es sofort nahe, an den Genuss roher Fische zu denken und auch für den Menschen diese Infectionsquelle anzunehmen. Dafür

sprachen auch mehrere Momente. Obige Distomenkranke waren auch mit Bothriocephalen behaftet, einem Cestoden, dessen Larven in Fischen zu suchen sind (Autor hat z. B. noch keine Quappe ohne Bothriocephaluslarven gesehen). Dann stammten obige Pat. aus einer Gegend, wo rohe Fische reichlich genossen werden, und endlich ist zu berücksichtigen, dass Distomum felineum und auch ein anderes häufiges Katzendistomum, das kleine, mit Stacheln besetzte Distomum albidum beim Seehund anzutreffen sind, der sich von Fischen ernährt. Offenbar hing also die Distomuminfection mit dem Genuss von Fischen zusammen. Nun galt es noch, den Zwischenwirth zu finden. Autor machte Verfütterungsversuche bei Hunden mit den „Katzenfischen", und es stellte sich heraus, dass wir in den Plötzen (Leuciscus rutilus) die resp. eine Quelle der Infection mit dem Distomum felineum zu erblicken haben. Dieser Befund steht auch mit der Thatsache der weiten Verbreitung der Katzenparasiten in Harmonie. Bei der Häufigkeit dieser Katzenwürmer in verschiedenen, am Meer und an anderen grossen Gewässern gelegenen Städten muss der Zwischenwirth des Distomum ein sehr verbreiteter Fisch sein, was für die Plötze zutrifft. Auch gab der eine Pat. an, dass er rohe Plötze genoss.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 19.)

— Zur **Behandlung des sogen. inoperablen Uteruscarcinoms** ergreift Prof. A. Martin (Greifswald) das Wort. Inoperabel nennen wir heute nur die Fälle, in welchen die Krebserkrankung und die Infiltration über den Uterus hinaus das Parametrium bis zu den Beckenknochen einnimmt, Blase und Becken einbezieht. Die Erkrankung der Scheide an sich und ihrer nächsten Umgebung bildet kein Hinderniss an sich; man exstirpirt die Scheide mit ihrer Nachbarschaft. Die Dauerheilung ist allerdings gerade für die Scheidencarcinome eine sehr zweifelhafte. Was wird nun aus den Fällen, bei welchen wir an der Möglichkeit einer radicalen Operation verzweifeln? Der Lehrsatz, dass alle diese Fälle zu Grunde gehen, wird durch einzelne Erfahrungen nicht erschüttert, in denen sozusagen spontane Genesungsfälle berichtet werden. Autor selbst verfügt unter Tausenden von Krebsfällen, die er gesehen hat, über einen solchen Fall. Es wurde ihm 1872 eine 40jährige Pat. zugeführt, bei welcher das ganze Scheidengewölbe und das Collum in einen Krater verwandelt war. Es handelte sich um einen Scirrhus, wie mikroskopisch festgestellt wurde. Pat.

verweigerte jede Operation, sie hatte nur geringe Beschwerden, konnte sich sehr gut pflegen. Der behandelnde Arzt berichtete nach 22 Jahren, dass sie noch lebt und keine Ursache zu irgend einer Behandlung giebt. Es kommt ferner vor, besonders bei hochbetagten Personen vereinzelt, dass sie von der Neubildung nur sehr unerheblich in ihrem Befinden gestört werden und klinisch unter den Erscheinungen der senilen Erschöpfung ihrer Lebenskraft sterben, jahrelang nachdem das Carcinom constatirt worden ist. Davon hat Autor drei Beispiele beobachtet. Alle drei Pat. waren über 70 Jahre alt, klinisch bestand kein Zweifel an der Diagnose eines Carcinoma colli mit Infiltration der Parametrien. Alle drei lehnten jede Art von Behandlung ab und gingen in mehr als Jahresfrist (eine nach 3 Jahren) unter den Erscheinungen von Greisenschwäche zu Grunde, ohne selbst Klagen zu äussern, oder durch abundante Blutungen, profuse Absonderung oder intensive Schmerzen überhaupt gelitten zu haben. In der Regel treten freilich letztere Symptome so hervor, dass man sie zu bekämpfen hat, eine Aufgabe, die neben der Hebung des Allgemeinbefindens besteht. Die Mittel zur Beförderung des Allgemeinbefindens sind dieselben, welche man bei allen consumirenden und unheilbaren Leiden anwendet. Oft wird Alkohol zu Hülfe genommen, der ein mächtiges Trostmittel und Stimulans ist. Gerade Carcinomatöse fühlen aber häufig ihre Schmerzen in um so höherem Grade, wenn die belebende und berauschende Wirkung des Alkohols geschwunden ist. Die Abneigung gegen subsistente Nahrungsmittel lässt den Alkohol in vielen Fällen trotzdem als unentbehrlich bezeichnen. Bei der Localbehandlung ist zunächst die Entfernung der Granulationsmassen mit scharfen Löffeln und Curetten geboten. Die Ränder des ausgeräumten Kraters werden mit der Scheere geglättet. Nicht häufig ist die Blutung eine erhebliche, doch sieht man gelegentlich auch grosse Arterien spritzen. Schwierig ist die Behandlung der vorderen Kraterwand und der hinteren wegen der Gefahr einer Eröffnung von Blase, Peritoneum und Rectum. Immerhin lässt sich die Gefahr einigermaassen übersehen. Autor deckt die dünne Scheidewand mit einem Scheidehalter, resp. mit dem Finger der anderen Hand, während er die Granulationen abschabt. Die hervorragenden Leisten werden mit der Scheere abgetragen. Meist genügt die Excochleation nicht, die Wand des excochleirten Kraters muss verschorft werden, was heut am besten mit dem Elektrokauter geschieht. In der Regel berührt Autor die

Kraterwände nur an den Stellen intensiv, an welchen es blutet. Er legt mehr Gewicht auf die Wirkung der strahlenden Hitze des dem Gewebe auf kurze Entfernung genäherten Glühkolbens. Die Verschorfung mit Acid. nitr. fum. und mit Chlorzink hat Autor verlassen. Seit Jahren beschränkt er sich darauf, einige mit unverdünntem Liq. ferri secquichlorat. getränkte Wattebäusche in die Kraterhöhle einzuschieben. Mit steriler Gaze wird die Scheide darunter tamponirt, sodass eine erhebliche Druckwirkung erzielt wird. Diese Tamponade wird nach 4—6 Tagen entfernt. In der Regel stossen sich die Liquorferri-Schorfe langsam ab; nach weiteren 4—5 Tagen granulirt die Wunde kräftig und kann durch Bespülung mit verdünnter Jodtinctur glatt in 3—4 Wochen zu fester Ueberhäutung gebracht werden. Das ist das Verfahren, das Autor jetzt übt. Zuweilen kommen bald in der noch granulirenden Wunde Carcinomknötchen zum Vorschein; das sind die ungünstigsten Fälle. In der Regel schliesst sich der Krater vollständig. Die Secretion hört auf, die menstruale Blutung ist gering, nachdem sie längere Zeit völlig verschwunden, Schmerzen werden nicht empfunden, die Pat. blühen auf. Treten Recidiv-Symptome wieder hervor, so werdem Excochleation und Kauterisation wiederholt, so lange dabei die Möglichkeit besteht, eine Verletzung der Blase, des Darms und des Peritoneums zu vermeiden. Ist diese Gefahr eine unverkennbar drohende, dann wendet Autor nur immer wieder die Tamponade event. mit Liq. ferri an. Zur Bekämpfung des jauchigen Geruchs hat dem Autor neben den bekannten Antisepticis (Carbol, Lysol, Sublimat, Kal. permang.) 1 ‰ige Thymollösung gute Dienste gethan, ebenso die Wasserstoffsuperoxydlösung des Handels.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1904.)

— **Aspirin gegen die Schmerzen bei Carcinomen** ist schon mehrfach empfohlen worden. Jetzt führt auch Dr. J. Ruhemann (Berlin) acht Fälle an, bei denen Aspirin nach dieser Richtung hin die besten Dienste geleistet hat. Besonders der erste Fall zeigte frappant die Wirksamkeit des Aspirins, weil es mit seiner Hülfe gelang, bei einem ungemein qualvollen Krebsleiden die Schmerzen während der Nacht ¾ Jahr lang zu beseitigen, ohne dass jemals zur Morphiumspritze gegriffen werden musste (was auch in den anderen Fällen nicht nöthig war). Es handelte sich um eine infolge Mammacarcinom auftretende Krebsmetastase im Wirbelcanal, wodurch Spontanfractur der

Lumbalwirbel und Compressionsmyelitis bedingt wurde. Besonders Nachts waren die Schmerzen intensiv. Hier halfen Gaben von 1 g Aspirin ausgezeichnet, sodass die arme Pat. wenigstens gut schlief; auch am Tage wurden die Schmerzen mit Hülfe von 0,5 g bekämpft. Bei den übrigen Fällen (retroperitoneales Carcinom, Magenkrebs, Magen-Leberkrebs) war es ähnlich, die analgetische Wirkung trat deutlich zu Tage, und zwar nach Gaben von 0,5 g innerhalb 30 Minuten, und erstreckte sich nicht nur auf die Herdgegend, sondern auch auf das Ausstrahlungsgebiet, z. B. beim Magen-Leberkrebs auf den Rücken. Da bei Versagen des Präparates innerhalb der ersten halben Stunde auch späterhin selten eine erhebliche Wirkung beobachtet wird, so ist zu empfehlen, in 1/2 stündigen Intervallen Dosen von 0,5 g bis zum Nachlass der Schmerzen zu verordnen, ohne indess die Gesammtdosis von 2 g zu überschreiten. Bei manchen Fällen genügen Tagesdosen von 1,5 g, welche in drei Portionen innerhalb des Tages gereicht werden; bei vielen, deren Nachtruhe durch intensive Schmerzen gestört wird, pflegt eine abendliche Einzelgabe von 1 g eine bis zum Morgen währende Analgesie und Schlaf zu bedingen. Sehr bemerkenswerth erscheint die Toleranz des Magens gegen Aspirin selbst in solchen Fällen, bei denen der Magen, sei es dass er den Herd bildet oder unter dem Einflusse der Krebskachexie steht, ungemein wenig aufnahmefähig ist und sonstige Medicamente nicht verträgt. Autor verordnete stets die Bayer-schen Originaltabletten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 23.)

**Tuberculose.** Zur **Pathologie und Therapie der Hodentuberculose** lässt sich M. Jordan (Heidelberg) aus: Derselbe ist der Ansicht, dass die Affection primär vom Blute aus ihren Ursprung nimmt. Beweis für die haematogene Entstehung ist z. B. das Resultat der Operationen, die recht oft zur Dauerheilung führen, ferner die häufigen Erfolge der conservativen Behandlung (Ruhigstellung, Jodsalbe, tonische Allgemeinbehandlung), das öftere Verschwinden der complicirenden Schwellungen an Prostata und Samenbläschen ohne directe Behandlung nach Heilung der Hodentuberculose, endlich klinische Beobachtungen. So exstirpirte Autor mit Erfolg bei einem 2 1/2 jähr. Kinde einen tuberculösen Hoden; etwa 1/4 Jahr später wurde Caries am Ellbogengelenk constatirt, nach dessen Resection das Kind bisher (3 Jahre) gesund blieb. Ebenso wurde ein 49 jähr.

Pat. mit Lupus, Hodentuberculose und T. des Ellbogens erfolgreich operirt. Sonstige Herde fehlten also. Principien der Therapie sind: partielle Excision mit möglichster Entfernung alles Krankhaften neben Allgemeinbehandlung; wo Erhaltung der Potentia generandi als Gesichtspunkt fortfällt, Castration.

(Beiträge zur Klinik der Tuberculose Bd. I, Heft 3.)

— Die **Behandlung der Lungentuberculose mit intrapulmonalen Injectionen von Jodoformglycerin** empfiehlt Dr. W. Gessner (Olvenstedt), der damit bei beginnender Phthise bemerkenswerthe Erfolge erzielt hat. Er injicirt jetzt mit einer 5 ccm enthaltenden Patentglasspritze (D. R. P. 119 271) 5 ccm einer 10%igen Jodoformglycerinlösung von der Rückenfläche aus. Bei dem fast ausschliesslichen Beginn der T. in der Spitze des Oberlappens kommt als Einstichstelle die Gegend 2—3 Finger breit rechts resp. links vom Proc. spin. des 1.—2. Brustwirbels in Betracht. Der Pat. sitzt aufrecht im Bett, Kopf nach vorn geneigt. Die Haut wird mit Chloraethyl leicht zum Frieren gebracht, und nun die gefüllte Spritze unter einem Winkel von 45° zum Horizont eingestochen und langsam durch den ersten Intercostalraum in das Lungenparenchym vorgeschoben. Nun überzeugt man sich durch geringes Zurückziehen des Spritzenstempels, dass kein grösseres Gefäss angestochen ist und entleert unter langsamem Druck den Inhalt der Spritze. Erst jetzt, beim Entleeren, klagt der Pat. über einen in den Arm ausstrahlenden Schmerz. Bei Injectionen in den Unterlappen wählt Autor als Einstichstelle die Gegend des Angulus cost. der 6.—7. Rippe, welche etwas lateral vom unteren Ende der Scapula liegt, und führt die Nadel unter einem Winkel von 30° zum Horizont durch den sechsten Intercostalraum; und zwar divergirt die Richtung der Nadel gleichzeitig mit der Medianlinie, sodass die Spitze der Nadel im Lungenparenchym am weitesten lateral zu liegen kommt. Dadurch erfolgt, worauf es stets ankommt, die Injection in die periphere, von grösseren Gefässen freie Rindenschicht des Unterlappens. Irgend ein böser Zufall ist bisher bei diesen Injectionen nicht vorgekommen. Je frischer der Fall, desto schneller und überraschender die Wirkung der letzteren. Das Jodoform bethätigt in der unmittelbaren Nähe des Krankheitsherdes seine schmerzstillenden, secretionsbeschränkenden und granulationsbildenden Kräfte. Bettruhe von vier bis sechs Wochen und Injectionen von je 5 g Jodoformglycerin

in Intervallen von 10—40 Tagen, vermögen, wie Autor an Beispielen zeigt, recht günstig im Anfangsstadium der Phthise zu wirken. Allerdings treten öfters in den nächsten 2—3 Tagen Schmerzen in der injicirten Gegend auf, die Autor dem Glycerin zuschreibt; vielleicht gelingt es, ein anderes Vehikel ausfindig zu machen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 16.)

— Ueber **akneartige Formen der Hauttuberculose** lässt sich Prof. Bettmann (Heidelberg) aus. Es ist demselben geglückt, bei zwei Krankheitsbildern den Nachweis von Tuberkelbacillen zu liefern, deren tuberculöse Natur bisher nicht unbestritten anerkannt wurde, die vielmehr vielfach noch den sogen. Tuberculiden zugerechnet wurden: *Lupus follicularis disseminatus* und *Lichen scrophulosorum*. In beiden Fällen wurden die Tuberkelbacillen aus dem Inhalte papulo-*pustulöser* Efflorescenzen gewonnen. Der Befund verweist auf die Bedeutung des Tuberkelbacillus in der Aetiologie akneartiger Eruptionsformen. Der erste Fall betraf einen Knaben mit Lupus follicularis disseminatus, neben dessen typischen Efflorescenzen sich akneähnliche befanden; letztere enthielten die Tuberkelbacillen. Der 10jähr. Knabe war hereditär stark belastet und hatte von frühester Kindheit an scrophulo-tuberculöse Erscheinungen dargeboten. Jetzt zeigte er eine auf das Gesicht beschränkte Hauterkrankung. Mehrere Dutzende von kleinen, anscheinend um die Follikel entwickelte Herdchen sah man da, rothe, wenig prominente, weiche Papelchen etwa vom Umfang der vulgären Akneefflorescenzen und auch meist im Centrum einen weissen, eiterähnlichen Punkt aufweisend, der aber keine Pustel darstellte, sondern kleinste Epithelcystchen. Erst nach einiger Zeit wurde an einzelnen etwas grösseren Herdchen eine Pustulation bemerkt. Die Untersuchung des Pustelinhalts ergab nun charakteristische Tuberkelbacillen, womit der Beweis erbracht war, dass jene papulösen, zum Theil eingeschmolzenen und somit akneähnliche Efflorescenzen als echt tuberculöse Eruptionsform zu betrachten war. — Fall 2 betraf ein 4½jähr. Mädchen ohne hereditäre Belastung, das aber früher bereits an Knochentuberculose gelitten hatte und jetzt einen scrophulodermaartigen Process an einem Oberschenkel und eine verdächtige Lungenspitzenaffection aufwies. Als Nebenbefund ergab sich am Rumpfe des Kindes eine Hautaffection, die sich aus blassen, bräunlich-röthlichen, derben, stecknadelkopfgrossen oder wenig grösseren Knötchen zusammensetzte, welche nur wenig das

Hautniveau überragten, fast durchweg in Gruppen standen, stellenweise kleine Kreise bildeten. Viele dieser Knötchen trugen an ihrer Spitze ein feines Schüppchen, einzelne an deren Stelle auch ein eben erkennbares Pustelchen. Es handelte sich offenbar um Lichen scrophulosorum. Tuberculininjection rief sowohl allgemeine Reaction hervor, als auch wurden die Knötchen am Rumpfe grösser, prominenter, ihre Zahl schien zuzunehmen. Vier Tage nach der Injection wurden am Rumpfe mehrere grössere und starke pustulöse Efflorescenzen bemerkt, die sich von gewöhnlichen Aknepusteln durch den braunröthlichen Saum unterschieden; die Vereiterung nahm auch nicht die ganze Efflorescenz ein. Augenscheinlich handelte es sich um Knötchen des Lichen scrophulosorum, die eine stärkere Pustulation eingegangen waren. Im Pustelinhalt fanden sich Tuberkelbacillen. Durch diesen Befund wie auch durch die Tuberculinreaction war die tuberculöse Natur des Lichen scrophulosorum bewiesen. Interessant war dazu, dass die Tuberculininjection eine Anzahl von Efflorescenzen zum Vorschein gebracht hatte, von denen vorher nichts zu bemerken gewesen. — Gemeinsam beiden Fällen war der Nachweis der Bacillen in *pustulösen* Efflorescenzen. Der Schluss, dass tuberculöse Hauteruptionen ein akneähnliches Aussehen gewinnen können, darf aus den Beobachtungen ohne Einschränkung gezogen werden. Wir sind berechtigt, von einer *tuberculösen Akne* zu sprechen. Die Acne tuberculosa stellt nichts anderes dar, als eine Complication oder ein regressives Stadium, das sich unter besonderen Voraussetzungen bei verschiedenartigen Formen der Hauttuberculose einstellen kann. Der Process, bei dem sich die Vereiterung entwickelt, ist also von vornherein keineswegs eine banale Entzündung, wie bei der Acne vulgaris, sondern eine tuberculöse Neubildung. Auch klinisch ist man sehr wohl imstande, diese Efflorescenzen von denjenigen der Acne vulgaris zu unterscheiden. Die Vereiterung betrifft bei jenen tuberculösen Processen nie die ganze Efflorescenz, sondern nur das Centrum, und so bringt auch das Ausdrücken des Eiters die Papel nicht gänzlich oder mit Hinterlassung eines einfach entzündlichen Saumes zum Verschwinden, sondern es bleibt ein Mantel übrig, der die Eigenart des zu Grunde liegenden Processes bewahrt. Auch das Gesammtbild schützt vor Verwechselung mit Acne vulgaris, indem die akneähnliche Tuberculose nicht isolirt auftritt, sondern neben ihr sich in überwiegender Zahl die charakteristischen Efflorescenzen der Eruptions-

form vorfinden, aus der sich die Pustulation entwickelte. Wenn sich neben der tuberculösen Hauterkrankung zufällig mal auch eine Acne vulgaris etablirt hat, dann heisst es natürlich für den Differentialdiagnostiker besonders aufmerksam sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 18 u. 19.)

— **Zur Entstehungsweise der T.** betitelt sich ein Aufsatz von Hofrath Dr. Volland (Davos). Gleich Behring ist derselbe der Ansicht, dass die Lungenschwindsucht nicht durch Einathmung des Krankheitserregers verbreitet wird, dass das Tuberkelvirus nicht zuerst in die Lungen, sondern zuerst in die Lymphbahnen und ins Blut gelangt, dass eine Ansteckung im späteren Lebensalter zu den grössten Seltenheiten gehört, dass der Grund zur Schwindsucht in der Regel im frühen Kindesalter gelegt wird. Wodurch aber? Da gehen die Meinungen auseinander. Autor ist davon überzeugt, dass *die Ansteckung mit T. bei weitem am häufigsten auf dem Wege der Scrophulose erfolgt.* Letztere kommt fast gar nicht im ersten Lebensjahre vor, sehr häufig dagegen im zweiten und den folgenden. Das kommt daher, dass das Kind erst nach Ablauf des ersten Jahres, sowie es laufen lernt, in *Berührung mit dem Fussboden* kommt. Wunde Stellen um Nase und Mund, Gesichtsausschläge u. dergl. sind ja in diesem Alter so häufig; kratzt sich das Kind mit seinen Händen, wird der Händeschmutz in die geöffneten Lymphbahnen förmlich eingerieben. *Die Scrophulose ist eine Schmutzkrankheit, sie kann zur T. werden, wenn der Schmutz der Kinderhände auch Tuberkelgift enthält,* was oft genug der Fall ist. Zunächst schwellen die Lymphdrüsen am Halse an, das Bild der Scrophulose ist da. Will man der T. als Volkskrankheit an die Wurzel gehen, so muss man beim Kinde anfangen und es gegen die Infection mit T., gegen das Eindringen dieses Krankheitserregers schützen. Wie schädlich schmutzige Kinderhände sind, das müsste weitesten Kreisen eindringlich klargelegt werden, und ein Tuberculosemerkblatt müsste unbedingt auch folgende Sätze enthalten:

Die Kinder dürfen nicht am Boden herumkriechen. Beim Laufenlassen müssen sie stets an der Hand oder am Gängelbande geführt werden.

Ist das Kind aber doch gefallen, so müssen die Händchen auch vom trockenen Staube sofort gesäubert werden. Die Spielsachen müssen ebenso sauber gehalten werden.

Es ist der Feer'sche Pferch zu empfehlen.

Der Geifer und der Nasenschleim sind unermüdlich zu entfernen.

Die Ausbildung der Kinderpflegerinnen darf sich nicht auf die Säuglingspflege beschränken. Es muss ihnen klar gemacht werden, wie viel erst recht im zweiten und in den folgenden Lebensjahren auf peinlichste Sauberkeit des Kindes und seiner Hände ankommt.

Die Kinder müssen von vornherein so erzogen werden, dass sie selbst den Schmutz an den Händen bald verabscheuen lernen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 20.)

---

# Vermischtes.

— **Ueber die die Expectoration befördernde Wirkung des constanten Stromes** macht L. Stembo (Wilna) Mittheilung. Der constante Strom zeigte sich vor allem bei älteren und schwächlichen Leuten mit stockendem Auswurf sehr nützlich, indem die Dyspnoe geringer, der Husten seltener, aber tiefer und das Sputum in grösserer Menge ausgeworfen wurde. Was die Art der Anwendung der Galvanisation anbelangt, so wird die 50—60 qcm grosse, leicht gebogene Kathode auf die hintere Fläche des Halses gesetzt, die längliche 30 qcm grosse Anode auf die Seitenfläche des Halses dermaassen, dass die schmale Seite fast das Schlüsselbein am unteren Ende beider Scaleni berührt und ein Strom von zwei bis drei MA. drei Minuten lang durchgleitet, dann die Anode auf die andere Seite des Halses ebenso lang gehalten. Man kann auch die Leitungsschnur der Anode gabelförmig theilen und dann beide Seiten gleichzeitig galvanisiren; in diesem Falle lässt Autor den Strom auf vier bis fünf MA. langsam steigen und verlängert die Galvanisationszeit auf fünf Minuten. Darauf lässt er die Kathode hinten am Halse und setzt eine längliche 50—60 qcm grosse biegsame Elektrode auf den unteren Rand der Rippen einige Centimeter vom Process. xiphoideus entfernt auf und lässt einen Strom von der obengenannten Stärke und Dauer durch. Manchmal fügt er noch eine labile Galvanisation des Rückens zu, weil er die Beobachtung machte, dass

beim Befinden einer Elektrode (meist Kathode) auf der hinteren Fläche des Halses beim Aufsetzen der anderen Elektrode auf den Rücken, wenn nur der Strom nicht zu schwach ist, ein starker Hustenstoss oder mehrere eintreten. Bisher hat Autor zwölf Fälle so behandelt, ältere, sehr heruntergekommene Individuen; es gelang bei zehn davon schon nach fünf bis sechs Tagen sichtliche Besserung und später vollkommene Genesung zu erzielen. Als Erklärung dieser Wirkung des constanten Stromes musste man die Erregung des in der Medulla oblongata liegenden Hustencentrums durch denselben annehmen. Vielleicht wird auch durch diese Galvanisation am Halse auch der Vagus und N. laryngeus super. gereizt.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1904.)

— Ueber **Spiritusverbände mit Duralcol-Binden**, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände, berichtet Dr. Alb. Kaiser (Dresden). Die Salzwedel'schen Alkoholverbände sind bekanntlich von vorzüglicher Wirkung, doch ihre Application für den prakt. Arzt ziemlich umständlich. Die chem. Fabrik Helfenberg hat jetzt gebrauchsfertige Alkoholverbände aus festem Alkohol, jene Binden, hergestellt, deren Benützung sehr bequem ist. Sie bestehen aus 6 cm breiten Binden, die mit 94%igem Alkohol getränkt sind, dem durch Bindung an eine neutrale Seife eine feste Form gegeben ist. Sie werden in festverschlossenen Blechbüchsen in den Handel gebracht, wo sie sich sehr lange feucht halten. Autor hat damit 93 Fälle behandelt, hauptsächlich Furunkel und Panaritien, aber auch Phlegmonen, Lymphangitis, Carbunkel, Anginen (z. B. bei Diphtherie und Scharlach), Mastitis, Brandwunden, Pleuritis, Rheumatismen, Gicht. Allenthalben zeigte sich die günstige Wirkung, wie bei den Salzwedel'schen Verbänden. Am schönsten waren die Erfolge bei Mastitis, aber auch bei den anderen Affectionen bewährten sich die Binden sehr. An der Stelle, die der Verband decken soll, wird die Haut mit Benzin und Alkohol gereinigt, dann die Binde an der Stelle, dieselbe centripetal wie centrifugal handbreit überragend, in drei- bis vierfacher Schicht angelegt, darüber eine dünne Watteschicht und dann undurchlochtes Guttaperchapapier applicirt, das Ganze mit einer Mullbinde fixirt; Incisions- und andere Wunden wurden leicht mit Dermatolgaze bedeckt resp. tamponirt, die Mamilla (bei Mastitis) durch stärkeren Wattebausch, die Haut sonst mit Lanolin geschützt. Der unbenützte Theil der Binde wird wieder

in die Blechdose gestellt und diese fest mit Heftpflaster verschlossen. Verbandwechsel nach 24 Stunden. Für Rheumatismus und Gicht liefert die Fabrik Duralcolbinden mit 5 % Ichthyol- resp. Opodeldokzusatz, die sich ebenfalls gut bewährten, freilich manchmal die Haut reizten.

(Therap. Monatshefte, Mai 1904.)

— Ueber die **Gefahren intrauteriner Injectionen** verbreitet sich Prof. Zweifel (Leipzig). Die Injectionen können bei Schwangeren und Wöchnerinnen so übel ablaufen, dass man hier von ihnen am besten ganz Abstand nimmt. Auch bei gynaekologischen Pat. können recht üble Zufälle dabei sich ereignen, meist durch Uebertritt der Flüssigkeiten in die Tuben bis in den Peritorealraum. Es ist daher unbedingt erforderlich, nur ganz wenig Flüssigkeit einzubringen, damit höchstens eine flächenhafte Benetzung der Gebärmutterschleimhaut entsteht, ein Ueberfliessen aber unmöglich gemacht wird. Ein bis zwei Tropfen müssen genügen. Von Flüssigkeiten kommen in Betracht; Argent. nitr. (2—5 %), Protargol (5—20 %), Alumnol (5—10 %), Formalin (20—30 %), Jodtinctur (verdünnt oder pur), Zinc. chlorat. (5—20 %), Liq. ferri sesquichlorat. Letzteres, das man mehr oder minder verdünnt anwendet, ist das gefährlichste Mittel, aber man braucht es nicht ganz zu verwerfen, da es vortreffliche Dienste leistet. Wo man also danach greift, ist äusserste Vorsicht geboten, wenn es irgend angeht, soll man jedenfalls die milderen Mittel bevorzugen. Wenn diese aber auch nicht so gefährlich sind, ungefährlicher als Injectionen überhaupt sind Bepinselungen, die bei normal weitem inneren Muttermunde mit den platten Silber- oder Nickelinstäbchen von Sänger oder gleichgeformten Hartgummistäbchen von Menge hinreichend viel vom Medicament in die Uterushöhle hinaufzubringen vermögen. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 17.)

— **Protylin** (Roche) hat Dr. Fr. Dorn (Berlin) bei *Scrophulose* und *Rhachitis* mit bestem Erfolge angewandt und konnte sich bei zahlreichen Fällen dieser Art von dem grossen Werth dieses neuen Phosphoreiweisspräparates überzeugen, das ungiftig, gut verträglich und von prompter Wirksamkeit ist.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 12.)

— Auch Dr. M. Bürger (Wien) hat **Protylin** als höchst werthvolles Nähr- und Heilmittel schätzen gelernt und besonders

vorzügliche Wirkung bei *Rhachitis* beobachtet, wo das Präparat geradezu sich als Specificum documentirte.

(Therap. Monatshefte, Juni 1904.)

— Die **Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge,** mit der in der letzten Zeit in der Univers.-Ohren- und Kehlkopfklinik in Rostock ausschliesslich operirt wurde, bezeichnet Dr. Henrici von dort als ideale Operation. Es wurde der Krause'sche Polypenschnürer benützt, wie er für die Entfernung von Nasenpolypen oder der hinteren Hypertrophieen der unteren Nasenmuscheln angewandt wird, aber mit geradem Ansatzrohr. Das Führungsrohr muss kräftig gebaut und besonders seine vordere Oeffnung verstärkt und abgerundet sein, damit der mit ziemlicher Kraft angezogene Draht nicht in das Metall einschneidet und umgekehrt auch nicht von dem scharfen Oeffnungsrande des Rohres durchschnitten wird.*) Dieses Instrument besitzt nur Vorzüge. Es ist einfach und handlich, *eine* Schlinge passt für alle Mandelgrössen, man braucht nicht darauf zu achten, ob es sich um die rechte oder linke Mandel handelt, die Mandel lässt sich ausgezeichnet fassen, die Operation macht fast gar keine Schmerzen und ganz geringe Blutung. Es ist zweckmässig, beim Anlegen der Schlinge zuerst das untere Ende der Mandel in die Schlinge zu bringen, dann diese umzulegen und das Ende des Rohres in die Nische oben zwischen beiden Gaumenbögen zu drücken. Das Durchschneiden der Mandel erfordert meist, namentlich bei Erwachsenen, einige Kraft. Man hat dazu oft beide Hände nöthig. Zuerst zieht man, so fest es geht, mit der rechten Hand die Schlinge zu und hilft dann mit der linken, die beim Anlegen der Schlinge den Zungenspatel führte, in kräftigem Zuge nach. Bei Kindern gelingt die Amputation so stets leicht, doch kann es bei Erwachsenen passiren, dass die Handkraft allein nicht ausreicht, den Draht durch die infolge starker Bindegewebeentwickelung zu derbe Tonsille hindurch zu zwingen. Dann muss man sich eines geeigneten Schlüssels oder einer Drahtzange bedienen, die man dicht hinter der Grifföffnung des Führungsrohres an den Draht anlegt, um durch Drehung derselben den Draht mit Gewalt in das Rohr hineinzuziehen. Die abgeschnittenen Mandeln werden leicht verschluckt! Man muss ferner stets darauf achten, dass beim Herrichten die Schlinge etwas *kürzer* bleibt, als der zum

*) Zu beziehen von Détert, Berlin NW., Karlstr, 9 (Mk. 18,50).

Zuschnüren gelassene Spielraum am Griff des Instrumentes, da sonst ja ein Hineinziehen des Drahtes in das Führungsrohr und damit ein Abschneiden der Tonsille unmöglich wird. Dann ist für gute Befestigung der Drahtenden zu sorgen. Die am Instrumente angebrachte Schraube, welche den Draht fixiren soll, genügt absolut nicht. Man muss die Drahtenden hinter ihrem Austritt aus dem gleitenden Theile des Handgriffs scharf umknicken, dann am besten noch untereinander fest verflechten und um den Fuss eines der am Schlitten befindlichen Fingerringe winden. Zur Schlinge wurde ziemlich weicher Stahldraht (von Schleuse & Hoff, Rostock, Ring von 1 kg Mk. 5,50) benützt. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 14.)

---

# Bücherschau.

— Wir haben wieder von dem Erscheinen zweier medicinischer Atlanten zu melden, auf die unsere Fachlitteratur stolz sein kann. Zunächst liegt uns die *2. Auflage* von E. Jacobi's **Atlas der Hautkrankheiten** vor (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin, Preis: Mk. 27), die 5 Monate nach Publication der 1. Auflage erschienen ist. Das prachtvolle Werk verdient voll und ganz diese weite Verbreitung; die grossen, die Natur fast genau nachahmenden Bilder prägen sich dem Gedächtnisse so fest ein, wie wirkliche Beobachtungen, sie bilden ein Lehrmittel erster Klasse. Der Atlas sollte im Besitze jedes Praktikers sein. — Nur bei einem gewissen Theile der Collegen wird Prof. O. Haabs **Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen** Interesse erwecken, der kürzlich als Bd. 31 der Lehmann'schen *„Medicin. Handatlanten“* erschienen ist (München, Verlag von J. F. Lehmann. Preis: Mk. 10). Den Interessenten aber kann dieser Atlas, der durchaus die Vorzüge seiner Vorgänger aufweist, wärmstens empfohlen werden. Wer sich mit Augenoperationen beschäftigen will, findet in den 30 farbigen und 154 schwarzen Abbildungen, die der Atlas enthält, die wichtigsten Eingriffe so prächtig, so plastisch dargestellt, dass er fast glauben könnte, er stehe neben dem Operateur

und verfolge die wirkliche Operation. Auch der kurze, überaus klare „Grundriss“ dürfte allgemeinen Beifalles sicher sein.

— Welcher Mediciner kennt ihn nicht, den „Eichhorst“, wie man kurz das **Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten** dieses Autors zu bezeichnen pflegt. Es ist eines der populärsten und am meisten benutzten Bücher unserer Fachlitteratur, das darin nur noch mit dem „Strümpell“ concurrirt. Alle paar Jahre erfolgt eine Neuauflage des letzteren, aber ebenso wird der „Eichhorst“ immer wieder neu aufgelegt. Jetzt liegt uns die *6. Auflage* vor (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin), zunächst Bd. I (Preis Mk. 15), welcher die „Krankheiten des Circulations- und Respirationsapparates“ enthält. Der nimmer rastende Autor hat auch bei dieser Auflage zahlreiche Umarbeitungen vorgenommen und den Inhalt vermehrt, indem er die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft verwerthet hat. Hoffentlich erscheinen die drei noch fehlenden Bände rasch aufeinander, damit der neueste „Eichhorst“ bald wieder complet der ärztlichen Bibliothek eingereiht werden kann. — Im gleichen Verlage erschien die *2. Abtheilung* von Prof. Kisch: **Das Geschlechtsleben des Weibes** (Preis: Mk. 6). Die Lectüre dieser 2. Abtheilung bekräftigt noch mehr unsere schon ausgesprochene Meinung, dass wir es hier mit einem vortrefflichen, auf reichen Erfahrungen und gründlichen Quellenstudien fussenden Werke zu thun haben, das jedem Praktiker warm zum Studium empfohlen werden kann. Die 3. (Schluss-) Abtheilung soll in Kürze folgen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am Anfang eines jeden Monats.

№ 12.

Preis des Jahrgangs 4 Mk. excl. Porto.

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

## zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

September XIII. Jahrgang 1904.

**Agrypnie.** **Veronal** hat Dr. J. Jolowicz (Stadtkrankenhaus Posen) bei ca. 50 Fällen (darunter alle Stadien der Phthisis, Pneumonie, Pleuritis, Asthma, chron. Herzerkrankungen, Peritonitis, Rectumcarcinom, allerlei nervöse Zustände u. s. w.) angewandt, und zwar in der Dosis von 0,5 g. Schlaf trat gewöhnlich nach 1/2—1 Stunde ein, glich durchaus dem natürlichen und währte 6—7 Stunden. Diese auffallend gute Wirkung jedoch nur dann, wenn allgemein nervöse Beschwerden oder geringer Hustenreiz, höchstens mässige Schmerzen die A. bedingten. Das Mittel liess völlig im Stich, wenn stärkere Schmerzen oder hochgradige Athemnoth den Schlaf verscheuchten. Wenn aber in solchen Fällen den Pat. erst 0,003 Morphium gegeben wurde, eine ganz minimale Dosis, die wie hier bei kräftigen Männern angewandt, allein sicherlich völlig wirkungslos geblieben wäre, und erst dann das Veronal (bei starker Athemnoth wurde auch einige Male Heroin oder Codein versucht), so war der Erfolg in die Augen springend. Mit dieser Combination erzielte Autor in fast allen Fällen, in denen Veronal allein völlig wirkungslos geblieben war, Schlaf. Bei acutem Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Pleuritis, Ischias, schwerster Dyspnoe, Wirkung sehr befriedigend. Bei einem Pat. mit cardialem Asthma infolge Aorteninsufficienz, der schon so an das Morphium gewöhnt war, dass er täglich mindestens 0,015 nahm, wirkte 0,003 Morphium und dann 0,5 Veronal so gut, dass er gern auf die früheren Morphiumgaben verzichtete. Nie Neben-

wirkung auf Puls oder Niere, keine Gewöhnung, dagegen Abschwächung der Wirkung, sodass man zweckmässig zeitweise aussetzt und nur alle 2—3 Tage das Mittel giebt, das öfters auch noch am zweiten Abend Nachwirkung zeigt. Veronal ist also eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes; das ungefährliche, prompt wirkende, geschmacklose Mittel ist den besten Hypnoticis ebenbürtig, wenn nicht überlegen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 22.)

— **Veronal in der Kinderpraxis** hat Dr. Fr. Schiffer (Dr. H. Neumann's Poliklinik Berlin) angewandt, ohne irgend welche schädlichen Nebenwirkungen zu sehen. Es wurde im Säuglingsalter als Hypnoticum und Sedativum in Dosen von 0,025—0,075 g 1—2 mal täglich in warmem Wasser gelöst gegeben, und es trat Schlaf von längerer oder kürzerer Dauer 1/4, höchstens 1/2 Stunde nach dem Einnehmen auf. Im Allgemeinen ist die Schlaflosigkeit und Unruhe in diesem Alter bedingt durch organische Erkrankungen, verbunden mit Fieber und Schmerzen, in welchen Fällen die schlafmachende und beruhigende Wirkung nur in unvollkommener Weise eintrat und von kurzer Dauer war. So bekam ein 7 Monate altes Kind mit Meningitis an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 0,05 Veronal, worauf es jedesmal 3 Stunden unruhig schlief; eine Steigerung auf 0,075 g verursachte keine längere Ruhe. In einer zweiten Reihe von Fällen wurde Veronal Säuglingen gegeben, die im Abklingen einer Verdauungsstörung sehr unruhig blieben und die ganze Nacht hindurch schrieen. Hier bewirkte z. B. bei einem 3 1/2 Monate alten Kinde Veronal 0,05 g, an 2 aufeinanderfolgenden Abenden gegen 8 Uhr gegeben, dass es nach 1/4 Stunde einschlief und erst früh um 7 Uhr aufgeweckt werden musste. In einer dritten Gruppe wurde es Säuglingen gegeben, die an Tetanie mit Convulsionen litten, 2 mal täglich 0,05 g in kurzer Pause mehrere Tage hintereinander; der Erfolg war ein prompter (allerdings wurde auch die Milch fortgelassen!), die Convulsionen hörten auf, und die Kinder schliefen die ganze Nacht. Es würde sich also empfehlen, das Veronal im Säuglingsalter in den Fällen, die zur Gruppe 2 und 3 gehören, anzuwenden und bei der letzteren Gruppe, event. unter Herabsetzung der Dosis, die Medication so lange fortzusetzen, bis die Anfälle nachgelassen haben; die einzige Indication zum früheren Aussetzen wäre andauernde Mattigkeit und Schläfrigkeit. Auch im späteren Kindesalter wurde Veronal angewendet: so

z. B. bei einem schlaflosen Mädchen von 11 Jahren 1 mal zu 0,2 g mit gutem Erfolge, während bei einem anderen erst durch 0,3 g längerer Schlaf herbeigeführt wurde. Im Allgemeinen wird vom Veronal im Verhältniss zum Chloralhydrat die Hälfte der Dosis gegeben, die dem betreffenden Alter entsprechen würde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 25.)

**Akne.** Bei **Behandlung der A. vulgaris** räth Dr. Max Joseph (Berlin), von 3 Gesichtspunkten aus gegen die Krankheit vorzugehen: Regulirung der Lebensweise, Verordnung innerer Medicamente und natürlich als Hauptsache: äusserliche Behandlung. Bei der Regulirung der Lebensweise geht er davon aus, dass bei der Production der A. vielleicht doch Autointoxicationen in Frage kommen. Erfahrungsgemäss verbietet er daher Käse, Wurst, rohes, geräuchertes und stark gepöckeltes Fleisch und legt Hauptgewicht auf Regulirung der Verdauung. Alkohol verbietet er im Allgemeinen nicht, doch kennt er eine Reihe von Pat., welche selbst nach geringem Alkoholgenuss an sich eine Verschlimmerung der A. beobachten. Von innerlichen Mitteln bevorzugt Autor das Arsen; von Bierhefe sah er gar keinen Erfolg. Aeusserlich verordnet er vorzugsweise Schwefelsalicylpaste:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Sulfur. praec. 8,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Vaselin. flav. ad 100,0

Dieselbe wird jeden Abend messerrückendick aufgestrichen, dann etwas Gaze aufgelegt und alles durch eine Leinwandmaske fixirt. Dazwischen wird zeitweilig, um eine stärkere Abschälung herbeizuführen, die Zeissl'sche Paste Abends mit Pinsel aufgetragen und Morgens mit heissem Wasser abgewaschen:

Rp. Lac sulfur.
Glycerin.
Spirit. āā 5,0
Acet. glacial. 1,0

Von Zeit zu Zeit werden Waschungen mit folgendem Cosmeticum vorgenommen (2 mal täglich mittelst Watte):

Rp. Acid. acet.
Tct. benz.
Spir. camphor. āā 6,0
Spir. vin. ad 100,0

Grosse Pusteln oder Abscesse werden eröffnet, stärkere Infiltrationen durch Auflegen von Quecksilber- oder Quecksilbercarbolpflastermull zur Rückbildung gebracht. Von Massage oder strömendem Wasserdampf sah Autor keine Erfolge, die Röntgenbehandlung ist noch zu jung, sodass weitere Erfahrungen abzuwarten sind. Mit den obigen Mitteln aber lassen sich in den meisten Fällen befriedigende Resultate erzielen.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1904 No. 14.)

— Neutrale überfettete **Hefeseifen** hat Dr. Dreuw (Unna's Dermatologicum in Hamburg) herstellen lassen (Dampfseifenfabrik von Heyer & Co., Hamburg) und mit Erfolg bei A. des Gesichts, Halses und Rückens, bei *Folliculitis*, *Furunculose* und chron. nicht nässendem *Ekzem* angewandt. Namentlich bei A. hat sich *Salicyl-Schwefel-Hefeseife* bestens bewährt. Die Pat. mussten täglich 1—2mal eine gründliche Einseifung und Einschäumung machen, 2—5 Minuten lang, den Schaum nachts über liegen lassen. Die Seife vereinigt offenbar neben der antibakteriellen und keratolytischen Wirkung der Salicylsäure und der reducirenden Wirkung des Schwefels noch die Reizlosigkeit der neutralen Seifengrundlage und die antibakterielle, vielleicht specifische Wirkung der Hefe. Die Eiterbildung schwand meist schon nach 8—10tägiger Anwendung (etwa vorhandene Comedonen wurden mit dem Unna'schen Comedonenquetscher entfernt).

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 27.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Versuche mit der **Formaldehyddesinfection** zeigten, wie Prof. H. Bonhoff (Marburg) mittheilt, dass die anfänglich von Flügge vorgeschriebene Dosis von 2,5 g Formaldehyd pro cbm Raum viel zu klein ist. Für gewöhnliche Fälle sind 5 g pro cbm und 7stündige Einwirkung, für besondere Fälle (z. B. mangelhafte Abdichtung, grössere Anhäufung absorbirenden Materials etc.) 10 g pro cbm zu verwenden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 19.)

— Einen **Minutensterilisator** hat Dr. Fr. Kuhn (Vincentiushaus Karlsruhe) construirt. Derselbe liefert für die Sprechstunde rasch und billig sterile Instrumente und hat sich dem Autor im täglichen Gebrauche sehr bewährt. Er schafft schon in 1—2 Minuten kochendes Wasser, und dies bei Gasheizung schon für $^1/_8$—$^1/_{10}$ Pfg., in Mengen, die genügen,

um einen Katheter, gynaekologische Zangen und Pincetten oder den Inhalt eines chirurgischen Taschenbesteckes auszukochen. Muss mehr Wasser, etwa ½ Liter angewandt werden, so dauert es 2—3 Minuten, bis das Wasser kocht, 1 Liter erfordert fünf Minuten bis zum Sieden. Um diese Raschheit, Billigkeit etc. zu erreichen, musste der Apparat besonders beschaffen sein: Er musste möglichst wenig Wasser brauchen, und letzteres musste thunlichst vollkommen von den Instrumenten ausgenützt werden können und andererseits der heizenden Flamme mit möglichst grosser Oberfläche zugänglich sein. Es wurde deshalb dem Auskochgefäss ein keilförmiger Querschnitt gegeben, es wurde also kahnförmig mit sehr schmalem Kiele gestaltet. Setzt man unter einen solchen Sterilisator einen langen Brenner, am besten einen mit vielen Oeffnungen brennenden Junkerschen Rohrbrenner, der womöglich mit zwei Reihen Flammen brennt, so bekommt man eine Ausnützung der Heizkraft des Gases auf das Wasser, die das Maximum des Möglichen darstellt. Der Apparat wird in zwei Grössen fabricirt (Junker & Ruh, Karlsruhe). Der kleinere genügt für das gewöhnliche Taschenbesteck, der grössere ist für Katheter, gynaekologische Zangen etc. bestimmt und dürfte für den Praktiker vorzuziehen sein. Er fasst freilich mehr Wasser, aber häufig (bei Sonden, Pincetten etc.) wird man mit halber Füllung auskommen. Daneben ist der Preisunterschied nicht gross, indem ½ L. Wasser zum Sieden zu bringen im kleinen Apparat drei Minuten (bei 240 L. Gasverbrauch in der Stunde) braucht, im grossen Apparat 2½ Minuten (bei 300 L. Gasverbrauch in der Stunde), d. i. ein Preisverhältniss von $^{150}/_{1000}$ : $^{144}/_{1000}$ Pfg. Eine wesentliche Vervollständigung ist noch durch einen besonderen Einsatz erreicht, aus Drahtsieb, der nach Art eines Buchdeckels aufklappbar, gefaltet sich dem keilförmigen Kessel anpasst, herausgehoben aber auseinanderfällt und für die Instrumente eine breite Liegefläche bildet.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 26.)

— **Der erste Verband auf dem Schlachtfelde** betitelt sich eine Mittheilung von Dr. W. J. van Stockum (Stadtkrankenhaus Rotterdam). Derselbe behandelt in seiner chirurgischen Abtheilung seit 1900 mit bestem Erfolge alle accidentellen Wunden nach einem Verfahren, das sich auch durch grosse Bequemlichkeit auszeichnet und sich dadurch in hervorragender Weise für die schwierige Aufgabe des ersten Verbandes im Kriege eignet. Weder die Wunde

noch ihre Umgebung wird mit antiseptischen oder sonstigen Flüssigkeiten gereinigt, sondern es wird nur sofort eine grosse Menge *Perubalsam* in die Wunde gegossen, die dann durch einen einfachen aufsaugenden Druckverband geschlossen wird. Letzterer bleibt ca. 20 Tage liegen. Bei offenen Knochenbrüchen empfiehlt sich ausserdem Immobilisirung durch Schienen oder Gypsverband; ist die Hautwunde klein, so spritzt man mittelst Spritze den Perubalsam in die Wunde.

(Centralblatt f. Chirurgie 1904 No. 26.)

**Diabetes.** Einen **Fall von Scorbut und D. mellitus** veröffentlicht S.-R. Dr. Heidenheim (Wiesbaden). Ein 67jähriger, sehr kräftiger, bis dahin stets gesunder, in keiner Weise erblich belasteter Förster, erkrankte nach kurzer auffallender Müdigkeit und Appetitlosigkeit am 1. XI. 1902 an Blutungen aus der Nase und dem geschwollenen Zahnfleisch. Erstere hörten nach einigen Tagen auf, die Blutungen aus dem Zahnfleisch, das geschwollen und sehr empfindlich war, wurden immer heftiger und hielten Tags und Nachts ohne Unterbrechung an. Der Appetit versagte wegen fauligen Geschmacks vollständig. Am Stuhlgang und Urin nichts Abnormes zu bemerken. Da die Therapie versagte, liess sich Pat. am 6. XI. in ein Krankenhaus aufnehmen, wo Scorbut und D. ($6^1/_2$% Zucker) festgestellt wurden. Auf die Behandlung ging nach einigen Wochen der Zucker auf $2^1/_2$% herunter, die Blutungen hörten aber nicht auf, die Kräfte verfielen immer mehr, der Pat. glaubte sein Ende nahe und verliess, um zu Hause zu sterben, am 10. XII. das Krankenhaus. Am 8. I. 1903 sah ihn Autor zum ersten Male. Zuerst fiel der entsetzliche Verwesungsgeruch auf, der vom Pat. ausging und das Zimmer verpestete. Aus den Mundwinkeln tropfte fortwährend bräunliches, faulendes Blut, Gesicht lehmfarbig, jeder Tropfen Blut, jedes Atom Fett schien geschwunden, Puls kaum zu fühlen (120—130), Temp. 35,9°, Athmung flach, kaum zu hören. Innere Organe normal, auf der Haut zerstreute, linsen- bis markgrosse Blutungen, Unterschenkel oedematös, excessive Abmagerung des ganzen Körpers. Urin frei von Eiweiss, Zucker 2%. Mundhöhle mit faulendem, schmutzig braunrothem Blute erfüllt, Zahnfleisch dunkel, stark geschwollen, sehr empfindlich, Zähne anscheinend gesund. Pinselungen mit Tinct. Myrrh., Tinct. Cochlear., Arg. nitr., Spülungen mit Kal. permang., intern Liq. ferri sesquichlorat., das einige Wochen gut vertragen wurde; vor

Allem kräftige Ernährung ohne Rücksicht auf den D. (Milch, Kaffee mit Eigelb, Haferschleim, kleine Mengen starken Weines). Nach einigen Tagen Pat. etwas kräftiger, Zustand besser, aber Blutungen und Foetor ebenso wie früher. Nun versuchte Autor *Formalin*, 2 Theelöffel in einer Weinflasche Wasser, stündlich die Mundhöhle energisch zu spülen. Eclatanter Erfolg! Schon am dritten Tage Blutung und Foetor bedeutend geringer, am fünften Tage (inzwischen Dosis auf 3 Theelöffel gesteigert) Blutung sistirt, Foetor vollständig weg. Ernährung jetzt: Eier, breiige Speisen, geschabtes Fleisch, weiches Weissbrod, viel Milch, auch verdünnter Rothwein und Eierbier. Mit dem Aufhören des Fäulnissgeschmackes kam der Appetit wieder, die Kräfte hoben sich rasch, sodass Pat. Anfang Februar stundenlang auf dem Sessel verweilen konnte. Da die Empfindlichkeit des Zahnfleisches geschwunden, sehr bald auch festere Speisen. Genesung so fortschreitend, dass Anfang März bereits Spaziergänge möglich. Gesichtsfarbe gesund, wieder Fettansatz, Oedeme verschwunden, Verdauung normal, Urin vollkommen zuckerfrei. Am 1. Mai konnte Pat. in früherer Frische seinen Dienst antreten und von da ab, ohne einen Tag zu unterbrechen, bis jetzt (20. II. 1904) thun. Das Wohlbefinden hielt an, der Scorbut schien dauernd beseitigt, ebenso der D., da plötzlich Anfang Juli 1903 Appetitmangel und Müdigkeit, gleichzeitig Schwellung und Empfindlichkeit des Zahnfleisches, Foetor, $1^3/_4$% Zucker. Sofort Verordnung von Formalin (1 Esslöffel in eine Weinflasche Wasser). 6mal täglich zu spülen. Diaet dieselbe, Pat. blieb im Dienste. Nach 14 Tagen Schwellung des Zahnfleisches auf ein Minimum (das auch jetzt noch besteht) zurückgegangen. Foetor verschwunden, nur 0,3% Zucker, Allgemeinbefinden wieder normal. Seit dieser Zeit spült Pat. 3mal täglich mit Formalin. Einmal seit dieser Zeit noch 0,3% Zucker, sonst stets ca. 0,15% bei normalem specif. Gewicht und normaler Menge. Durstgefühl fehlt gänzlich, Allgemeinbefinden und Aussehen durchaus normal, Gesicht blühend, Gewicht 90 kg, selbst bei stundenlangem Gehen im Walde keine Müdigkeit. Keine Diabetesdiaet, Pat. isst und trinkt Alles (nur kein Zucker im Kaffee und Thee). — Hier hat das Formalin offenbar heilend gewirkt. War es nur Zufall? Was war das Primäre, der D. oder der Scorbut? Für einen schon lange bestehenden D. fehlte jedes Anzeichen, auch für jede Erkrankung der Leber, des Pankreas, des Nervensystems. Ueber etwaige Ursachen des Scorbuts fehlten allerdings

auch alle Anhaltspunkte, doch nimmt Autor an, dass zuerst die scorbutische Beschaffenheit der Mundschleimhaut kam und dann erst der D. folgte, der dann auf Heilung der faulig erkrankten Mundschleimhaut durch das Formalin schnell wieder verschwand. Als später das Zahnfleisch wieder anschwoll und sich Foetor zeigte, hatte der Urin wieder 1¾% Zucker, der dann mit Beseitigung der Zahnfleischschwellung, mit dem Aufhören der fauligen Beschaffenheit des Mundspeichels, mit der Wiederkehr des normalen Mundsaftes ebenso schnell wieder wegging, als er gekommen war. Die Bedingung einer normalen Mundverdauung ist ein gesunder Speichel, ein krankhaft veränderter, besonders fauliger Mundsaft schaltet die normale Mundverdauung aus und schädigt empfindlich den gesammten Stoffwechsel. Wie der krankhaft veränderte Speichel des Pankreas oder das Ausschalten des Pankreas D. verursacht, so kann wahrscheinlich auch die Ausschaltung des normalen Mundsaftes zu D. führen. Der Foetor ex ore der meisten Diabetiker liesse sich vielleicht am leichtesten aus der abnormen Beschaffenheit des Mundsaftes erklären; vielleicht hängt hiermit auch das zuweilen beobachtete gleichzeitige Auftreten des D. bei Ehegatten und das gehäufte Vorkommen in bestimmten Familien zusammen (Uebertragung durch Küssen?). Ist es richtig, dass die Ursache des D. unter Umständen der kranke Mundsaft ist, so erklärt sich die Heilwirkung des Formalin, das eben den betreffenden Schädling im Speichel unschädlich macht, die normale Mundverdauung wieder herstellt und so auch den D. beseitigt. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 22.)

— Die mit grosser Reclame angepriesene **Essentia antimellini composita** hat J. B. Studzinski (Klinik von Prof. Wagner, Kiew) in 3 Fällen von D. mellitus angewandt, die er genau beobachtete. Eine Beeinflussung der Krankheit war nicht zu constatiren, sodass Autor die Collegen vor Benützung des nutzlosen und theuren Präparates warnen zu müssen glaubt. (Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 25.)

**Ekzem.** Den neuen farblosen Theer der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen: **Anthrasol** hat Dr. Sklarek (Hannover) bei einer grossen Anzahl von Fällen versucht und empfiehlt warm das Mittel, das allerdings, wie alle Theerpräparate, nicht verfrüht angewandt werden darf, bei richtiger Auswahl der Fälle aber in Form der 5—10%igen Anthrasol-Zinkpaste recht gute Dienste leistet. Bei *nässendem, sub-*

*chronischem E.* lässt man zweckmässig die Application einer 5—10%igen Lenigallol-Zinkpaste vorhergehen oder combinirt die zunächst schwach procentuirte, etwa 3%ige Anthrasolpaste mit Lenigallol:

Rp. Anthrasol. 1,5
Lenigallol. 3,0
Past. Zinc. ad 50,0

Man erzielt so eine milde Anätznng und Ueberhäutung der nässenden Stellen, wodurch das E. für die Anwendung des Theermittels geeigneter wird und eine Reizung alsdann weniger zu befürchten ist. Anthrasol hat hervorragend juckstillende Kraft. Ein universelles lichenoides Exanthem mit starkem Jucken bei einem 14jähr. Knaben heilte unter 5%iger Anthrasol-Zinkpaste in 10 Tagen glatt ab; das Jucken wurde schon in den ersten Tagen besser. Auch bei *Pruritus* bewährte sich solche Paste bestens. Bei einem Falle von Pruritus universalis post scabiem wirkte prompt nach wenigen Tagen:

Rp. Anthrasol. 10,0
Sulf. praec. 20,0
Naphthol. 4,0
Past. Zinc. ad 100,0

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 25.)

— Zur **Behandlung der Kopf- und Gesichtsekzeme kleiner Kinder** kam es Dr. Brüning (Univers.-Kinderklinik Leipzig) hauptsächlich darauf an, einen einfachen, leicht an- und ablegbaren, unverschieblichen Verband zu construiren, welcher einerseits die ununterbrochene Beaufsichtigung der kleinen Pat. überflüssig machte, andererseits dem Kinde im Uebrigen völlige Bewegungsfreiheit der Arme liess, aber das Erheben derselben über die Schulterhöhe verhinderte. Es gelang Autor auch, diese Aufgabe zu lösen. Der Verband, den jede Mutter selbst herstellen kann, und der sich seit längerer Zeit in der Leipziger Klinik gut bewährt hat, besteht im Wesentlichen aus zwei über der Kleidung zu tragenden, durch je sechs Fischbeinstangen gesteiften, etwa 12—15 cm langen leinenen Hülsen, welche über die Aermchen gestülpt werden, sodass das Ellbogengelenk etwa in die Mitte der Manchette zu liegen kommt und der obere Theil des Unter- und der untere Theil des Oberarms von derselben eingeschlossen ist. In dieser Lage werden die beiden Hülsen durch ein über die Nackengegend laufendes, entsprechend langes, daumenbreites Band, welches an das

obere Ende der Hülsen angeknöpft wird, fixirt. Von der Mitte der Armhülsen aus reichen zwei dem Nackenbande entsprechende Bänder, welche durch einfache Haken und Schlaufen nach Art von Hosenträgern in ihrer Länge regulirt werden können, nach unten in die Gegend der Spina anterior, wo sie an einem in dieser Gegend oder auch weiter peripherwärts umgelegten, etwa 4—5 cm breiten leinenen Gürtel angeheftet werden. Richtiges Anlegen dieses einfachen Verbandes, dessen einzelne Theile durch die Verschiebung von Knöpfen und Schlaufen, die Länge der Bänder und den Umfang der Armhülsen der jeweiligen Körperentwickelung des Kindes angepasst werden können, gestattet also dem letzteren, die Aermchen nach allen Richtungen hin frei zu bewegen; das Erheben des Armes aber über die Höhe der Schulter und das dadurch namentlich bei den bisherigen Methoden unvermeidliche Scheuern des Gesichtes an den gestreckten Oberarmen ist unmöglich gemacht. (Deutsche Aerzte-Ztg. 1904 No. 12.)

**Furunkel.** **Die Behandlung der Ohrfurunculose** von Prof. Haug (Schluss): „Bekommen wir den F. nicht mehr in seinen ersten Anfängen, also schon *weiter vorgeschritten*, so können wir durch die Anwendung des Alkohols oder alkoholischer Lösungen, zu denen das vorhergehende Recept den Uebergang bildet, noch sehr oft gute Resultate erreichen. Wir verwenden entweder absoluten oder 50%igen Alkohol unvermischt in Form von häufig wiederholten, ziemlich protrahirten Ohrbädern (mindestens 15 Minuten lang), oder wir nehmen:

Rp. Sublimat 0,05—0,1'
Anaesthesin. 2,0
Alcohol. absol. 50,0
M. D. S. Auf Gazestreifen oder Wattebauschen ins Ohr einzulegen.

Auch Compressen, in Alkohol getaucht und über die Ohrmuschel applicirt und mit einem impermeablen Stoffe abgeschlossen, also Alkoholumschläge, können noch zweckdienlich verwendet werden. Ist die Schwellung schon so weit vorgeschritten und hat der Process auch vorher schon so lange gedauert, dass eine Rückbildung ausgeschlossen erscheint, so müssen wir trachten, den F. so bald als möglich zum klinischen Abschluss, zur Ausstossung des Pfropfes zu bringen. Das erreichen wir am ehesten und promptesten durch die Behandlung mittelst Liquor Burowii oder essigsaurer Thonerde:

Rp. Liq. Alumin. acet. (8%) 5,0—10,0
Aq. dest. 90,0
M. D. S. Zu Umschlägen.

Es werden Gazestreifen oder Wattebausche in diese absichtlich nicht stark gehaltene Lösung eingetaucht, in den Meatus eingeführt, und darüber noch eine in die gleiche Lösung getauchte Compresse mit Billrothbattist gedeckt, als Dunstumschlag gelegt. Sind die Schmerzen sehr intensiv, so können wir das vorher beschriebene Thigenolrecept mittels Gazestreifen in den Gehörgang einlegen oder

Rp. Cocain. mur. 0,2—1,0
Resorcin. 0,5
Aq. dest.
Glycerin.
Alcohol. āā 10,0

einlegen auf Streifen und darüber dann noch eine essigsaure Thonerdecompresse anbringen. Hat sich der F. nun gut sichtbar und mit der Sonde fühlbar consolidirt, so mache man jetzt, aber nicht früher, eine tiefe, ordentlich ergiebige Incision mittels des Furunkelmessers; sie darf ja nicht zu flach ausfallen, weil sonst der Pat. nur doppelt gequält wird. Vor dem Zeitpunkte der Consolidation des F. die Incision vorzunehmen, hat absolut keinen Werth, da der Process hierdurch in keiner Weise abgekürzt wird, im Gegentheil die Pat. vielleicht nach einer kurzen trügerischen Ruhepause für gewöhnlich nur erhöhte Schmerzen bekommen und sich dann eine zweite oder dritte Incision nicht mehr machen lassen. Erst beim consolidirten F. wirkt die Incision, wie die Paracentese, zumeist geradezu erlösend. Ist der F. spontan geplatzt, was die Pat. selbst sehr bald zu merken pflegen, so führen wir zunächst einen kleinen Ohrtrichter unter leicht rotirenden Bewegungen langsam in den Gehörgang ein und quetschen durch ihn vorsichtig den Inhalt successive aus; dann nehmen wir einen grösseren Trichter und wiederholen das Manöver. Direct nach der Incision oder der Spontanöffnung legen wir auf 1—2 Tage Gazestreifen mit essigsaurer Thonerdelösung ein, solange noch Schwellung und Secretion besteht. Hat sich die Schwellung verzogen, besteht aber noch etwas Oberflächensecretion, so legen wir von jetzt ab trockene Gazestreifen in den Gehörgang ein. Auch ist es unter diesen Verhältnissen durchaus zweckmässig, eine kleine Pulvermenge vor der Gazeeinlage zu appliciren. Wir nehmen zu diesem Zwecke:

Rp. Euguform. 2,5
Menthol. 0,1
Acid. boric. laevig. 25,0
S. Einblasen.

Das ist die Art und Weise, wie wir, wenn ich so sagen darf, das einzelne jeweilige Furunkelindividuum zu bekämpfen pflegen. Aber damit ist, wie schon eingangs erwähnt, unsere Aufgabe noch nicht erschöpft. Wir müssen dem Wiederkehren, dem so unangenehmen *Recidiviren* nach Thunlichkeit vorzubeugen suchen; wir müssen den Gehörgang in allen seinen Nischen so präpariren, dass eine weitere Inoculation durch Zerstörung der primären ursächlichen Infectionserreger nicht mehr statthaben kann. Hier muss aber der Pat. selbst mit bestem Willen und einer sehr grossen Ausdauer mithelfen, wenn das definitiv gelingen soll, und häufig genug sehen wir das Ziel gerade an der Indolenz unserer Clienten scheitern, weil sie nicht einsehen wollen, dass, um etwas zu verhüten, auch unter Umständen etwas gethan, und zwar lange Zeit und consequent gethan werden muss, auch ohne dass gerade Schmerzen die Nothwendigkeit documentiren. Diese Nachbehandlung besteht in protrahirten und prolongirten Ohrbädern, die in diesem Falle selbstverständlich keine wässrigen Lösungen zur Grundlage haben dürfen. Das kranke Ohr muss zunächst jeden Tag 15 Minuten lang mit der Flüssigkeit bei auf die Seite geneigtem Kopfe vollständig angefüllt werden. Diese täglich zu nehmenden Ohrbäder müssen auf die Zeitdauer von 14 Tagen bis 3 Wochen angewendet werden, bis sich die ganze Oberflächenhaut des Gehörganges ein- oder mehrere Male völlig abgestossen hat. Aber damit ist die Sache, soll ein definitiver Erfolg erzielt werden, noch nicht abgeschlossen. Es muss jetzt weiterhin in einem Zeitraum von 3 Monaten noch wöchentlich je 1 mal ein Ohrbad genommen werden, sodass also diese Schlussbehandlung 4 volle Monate umfasst. Wird diese Behandlung von Seiten der Pat., denen natürlich die Sache zu überlassen ist, wirklich gewissenhaft und sorgfältig durchgeführt, so bleiben sie dauernd von den Recidiven verschont, aber gerade an der Fahrlässigkeit scheitert eben nur zu oft unser bester Wille. Was nun die zu den Ohrbädern zu benützenden Flüssigkeiten anbelangt, so habe ich im Laufe der Jahre als besonders zweckentsprechend folgende Lösungen gefunden:

Rp. Acid. salicyl. 0,2
Acid. boric. laevig. 10,0

Alcohol. absol.
Aq. dest. aa 50,0
M. D. S. Vor dem Gebrauche gut im Wasserbade erwärmt ins Ohr zu träufeln, bis das Ohr voll ist.

oder:

Rp. Hydrarg. bichlorat. corr. 0,05
Menthol.
Thymol. āā 0,1
Alcoh. absol. 50,0
M. D. S. Ohne vorhergehende Erwärmung einzugiessen.

Seit neuerer Zeit habe ich auch eine weitere Zusammensetzung als günstig erprobt:

Rp. Thigenol (Roche) 2,5
Hydrogen. peroxyd. (6%) 20,0
Alcohol.
Aq. dest. āā 15,0
S. Ohne Erwärmung einzuträufeln.

In nicht gar seltenen Fällen, besonders bei vorausgegangenem habituellem Ekzem des Meatus, macht sich in der Folge ein mehr oder weniger ausgesprochener Juckreiz bemerkbar, der unter Umständen die Pat. zum Kratzen veranlassen kann. Deshalb lasse ich der Schlussbehandlung häufig noch nachfolgen täglich Abends vor dem Bettgehen vorzunehmende Einpinselungen des Gehörgangs (mittels Wattepinsels) mit:

Rp. Acid. salicyl. 0,25
β-Naphthol. 0,1
Menthol. 0,2
Alcohol. absol. 35,0
Glycerin. pur. 15,0

Das muss natürlich oft monatelang regelmässig fortgesetzt werden. Dass unter bestimmten Verhältnissen gar oftmals noch eine gewisse Allgemeintherapie mit einzugreifen hat (Levicowasser, Arsentherapie, Eisenmedication u. s. w.) ist ja selbstverständlich.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 11.)

— Die **unblutige Behandlung der F.** empfiehlt, wenigstens für gewisse Fälle, Dr. Sembritzki (Königsberg i. Pr.). Es sind dies Fälle, wo die Pat. eine unüberwindliche Abneigung gegen das Messer haben, oder wo das Terrain für eine Incision inbezug auf Lage, Schmerzhaftigkeit und nachbleibende Narben ein ungünstiges ist, wie zumeist bei den

F. des Gesichts. Die *Behandlung mit Alkohol und Bierhefe* kann hier sehr oft das Messer entbehrlich machen. Autor benützt Alcohol. absol. oder Spirit. vini rectificatissim., taucht in diesen Gaze oder Watte und bedeckt damit den vorher mit Aether gereinigten und abrasirten F. und dessen Umgebung, die sodann mit Billroth-Battist luftdicht abgeschlossen werden (Perforirung ist nicht nöthig). Das Brennen hört bald auf, und schon am nächsten Tage sieht man, dass die entzündliche Schwellung und Röthe nachgelassen haben, die Oedeme der Augenlider und Lippen geschwunden sind; der Process hat sich localisirt. Unter fortgesetzten Alkoholumschlägen schreitet die Besserung stetig weiter, schon nach wenigen Tagen wird der Gewebspfropf ausgestossen, in etwa 8 Tagen ist Heilung erfolgt. Daneben verabreicht Autor stets Bierhefe, und zwar entweder frische, aus einer Brauerei jeden zweiten Tag entnommene, von der er 3 mal täglich einen Esslöffel voll in Bier nehmen lässt, oder das Furunculine der Gesellschaft „Zyma" (3 mal täglich 1 Theelöffel in Bier oder noch besser in Wasser), dass sich ebenfalls bewährte. Mit dieser Behandlung hat Autor bei einer ganzen Reihe von Fällen, unter ihnen auch recht bösen, bei denen das halbe Gesicht geschwollen, glänzend roth und gespannt war, wo das Auge durch die oedematösen Lider geschlossen, die Lippen gewulstet waren, so gute Resultate erzielt, dass er diese Methode warm empfehlen kann. Es ist freilich, besonders in den ersten Tagen, genaue Controlle erforderlich! Geht die entzündliche Schwellung in den ersten 24 Stunden nicht zurück, nimmt sie wohl gar zu, dann muss man zum Messer greifen.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 29.)

**Gonorrhoe.** Nur intern mit **Gonosan** behandelt hat Dr. Boss (Strassburg) im Jahre 1903 von frischer G. 50 Fälle. Es wurde peinliche Diaet (Vermeidung der Alkoholica, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Vermeidung scharfer, gewürzter Speisen und sonstiger Schädlichkeiten, wie Turnen, Reiten, Radeln, Tanzen etc.) vorgeschrieben, Ruhe, Suspensorium und 5—6 mal täglich 2 Gonosankapseln nach dem Essen, die im allgemeinen gut vertragen wurden. Nur bei zwei Pat. musste die Cur wegen eines bestehenden Magenkatarrhs unterbrochen werden (Voraussetzung der internen Behandlung der G. ist also ein intacter Magen). Von den übrigen 48 Pat. waren 10 bereits zum zweiten resp. dritten Male inficirt. Die mit Gonosan erzielten Erfolge waren sehr günstige; in fast $^3/_4$ der Fälle gelang es,

die acute G. ohne jede Localbehandlung zur Heilung zu bringen. Nach etwa 8 Tagen verschwand (bei täglich 8—12 Kapseln je nach Intensität der Erscheinungen) der dicke Eiter, um einer serösen Flüssigkeit Platz zu machen. In der zweiten Woche liess das Secret an Menge bedeutend nach, um gegen Ende der dritten Woche gänzlich zu verschwinden. Gonokokken waren meist nach 8—10 Tagen nicht mehr zu finden, manchmal erst nach 14 Tagen. Bei 14 Pat. liess die minimale Morgensecretion auch nach 4 Wochen nicht nach, es wurden dann Injectionen von Zinc. sulfocarbolic. (1 : 200) oder Cupr. sulfur. (0,1 : 200,0) gemacht bis in die 6.—7. Woche, worauf die Secretion sistirte. Nur 5 mal griff der Process auf die Pars poster. über.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, April 1904.)

— Ueber **Behandlung gonorrhoischer Adnextumoren** lässt sich Prof. Bumm aus, nachdem er zunächst den häufigen Zusammenhang von fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett mit ascendirender G. an Krankheitsfällen demonstrirt. Die Behandlung der acuten Tubengonorrhoe muss nach seiner Ansicht eine streng conservative sein: Bettruhe und Geduld sind die Hauptsache. Jeglicher örtlicher Eingriff, wie intrauterine Spülungen, sind zu vermeiden. Regelmässig alle Stunden ein grosser, warmer, feuchter Umschlag um den Leib von der Nabelhöhe bis zum Oberschenkel geschützt durch ein festes Gummituch, bringen auch grosse Tumoren innerhalb 3 Wochen zum Schwinden. Die Tumoren in diesem Stadium sind in der Regel „Scheintumoren", durch Verklebungen in der Umgebung der nicht besonders vergrösserten Tuben gebildet, die durch die Behandlung wieder frei werden, wenn auch eine Functionsstörung zurückbleibt. Steht die Pat. zu früh auf, so treten Recidive auf, die dauernde Veränderungen an den Tuben hinterlassen, und durch ungeeignete Behandlung, wie Einlegen von Tampons, kommt es zu dauernden Reizzuständen, die schliesslich zum Marasmus gonorrhoicus führen. Die Tuben erweitern sich zu Eitersäcken, und durch Infection der berstenden Ovarialfollikel mit dem Tubensecret bilden sich Ovarialabscesse. In diesem Stadium wird die Behandlung mit Wärme meist nicht vertragen und die Operation nothwendig. Die Behandlung der frischen ascendirenden G. aber mit Bettruhe und Wärme giebt eine günstige Prognose und macht das frühzeitige Operiren der Adnextumoren unnöthig.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin 19. Mai 1904. — Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 22.)

— **Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen** ist selten, kommt aber sicher vor. Stabsarzt Dr. Jürgens (II. med. Klinik Berlin) beobachtete einen solchen Fall. Der Pat., welcher am 10. Krankheitstage die Charité aufsuchte, zeigte eine ganz eigenthümliche Veränderung des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut. Das gesammte Zahnfleisch stark geröthet, geschwollen und aufgelockert. Röthung am intensivsten am Zahnfleischrande, der sich als 2 mm breiter dunkelrother Wulst über das Niveau der Umgebung emporhebt. Auch zwischen den Zähnen wulstet sich das Zahnfleisch stärker vor und ist hier meist mit schmierigen, graugrünlichen, übelriechenden Massen bedeckt. Beim Abwischen dieses Belages und selbst bei leichter Berührung des Zahnfleisches treten sofort Blutungen auf. Diese Veränderungen sind am ausgesprochensten am Zahnfleisch der oberen Schneidezähne. Im Bereiche der letzten beiden unteren Molarzähne zeigt das Zahnfleisch und ebenso die gegenüberliegende Wangenschleimhaut tiefer gehende Veränderungen. Die oberflächliche Epithelschicht hat sich abgestossen, sodass flache, unregelmässig begrenzte Geschwüre entstanden sind. Die Schwellung der Schleimhaut nimmt in den nächsten Tagen noch mehr zu, sodass der Mund nur wenig geöffnet werden kann. Die Absonderung wird so stark, dass das Secret des Nachts aus dem Munde herausläuft. Lymphdrüsen besonders auf der rechten Halsseite etwas geschwollen und druckempfindlich. Spülungen mit essigsaurer Thonerde, Kal. chloric. und Kal. permang. hatten keinen Einfluss. Nur das Kühlen der Mundschleimhaut durch kleine Eisstückchen bringt Linderung. Erst einige Tage später, als die Behandlung mit dünner Sublimatlösung (1:7000—10000) vorgenommen wurde, nahmen Schwellung, Schmerzhaftigkeit, Secretion erheblich ab, die Schleimhaut verlor allmählich wieder den grauen Farbenton, nur in der Gegend der unteren hinteren Molarzähne bestehen noch oberflächliche Epitheldefecte und bedecken sich immer von neuem mit grauweissem Belage. Allmählich vermindert sich indessen auch hier die Secretion, sodass Pat. am 37. Krankheitstage die Anstalt verlässt. — Erschien schon das klinische Krankheitsbild abweichend von dem der gewöhnlichen Mundfäule, erinnerte es sofort an das Bild einer gonorrhoischen Stomatitis, so bestätigte sich diese Vermuthung dadurch, dass Pat. angab, kurz vor Beginn der Erscheinungen an G. gelitten zu haben. Auch die mikroskopische und culturelle Untersuchung ergaben genügend Anhaltspunkte für die angegebene Aetiologie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 24.)

**Intoxicationen.** Von einer **Lysolvergiftung** berichtet Dr. Fr. Fries (Krankenhaus München r/I.). Der Fall bietet besonders wegen des eigenartigen Urinbefundes Interesse. Ein 19jähriges Dienstmädchen nahm in selbstmörderischer Absicht reines Lysol (25—30 g). Das Krankheitsbild war ein recht schweres, zumal als sich eine *acute haemorrhagische Nephritis* entwickelte, welche durch secundäre schwere Uraemie das Leben der Pat. in hohem Grade gefährdete. Es beherrschte dann auch das ganze Krankheitsbild diese schwere Schädigung der Nieren, die sich mikroskopisch in der massenhaften Ausscheidung von Erythrocyten, Pigment- und Epithelcylindern documentirte. Ausserdem fanden sich Massen von Nierenepithelien, rothen und weissen Blutkörperchen, sowie ein sehr beträchtlicher Eiweissgehalt. Die Cylinder waren derartig gross (bis 3½ mm lang), dass sie mit freiem Auge am Boden des Uringlases als rothbraune, raupenhaarähnliche Gebilde gesehen werden konnten. Bei ihrer Grösse konnten diese Gebilde nur aus den weiteren Tubulis rectis stammen, wo sich Eiweiss, Blutkörperchen und Pigmentschollen bei ihrem allmählichen Abwärtsrücken aus den weiter oben gelegenen Tubulis anstauten. Durch den Reiz, den sie auf die Wandungen der Canälchen ausübten, kam es zu einer ausgedehnten Desquamation des Epithelansatzes derselben; dass diese Epithelien mechanisch mitgeführt wurden, ergab sich aus der ausgezeichneten Erhaltung ihrer Formen und dem Mangel an deutlichen degenerativen Erscheinungen. Bei der Grösse und colossalen Zahl der Cylinder ist es wahrscheinlich, dass auch die uraemischen Erscheinungen sich wesentlich auf mechanischem Wege erklären lassen. Es kam infolge der Anstauung der Cylinder in den unteren Abschnitten der Nieren zu einer fast völligen Verstopfung der Papillargänge und infolge der Zurückhaltung giftiger Harnbestandtheile secundär zur Uraemie. Gestützt wird die Ansicht, dass es sich um ein mehr mechanisches Hinderniss und nicht um eine tiefgehende Alteration der secernirenden Epithelien handelte, noch durch das schnelle Verschwinden der Erscheinungen nach Infusion von Kochsalzlösung, welche eine gesteigerte vis a tergo herbeiführte und die rasche Eliminirung der angestauten Massen bewirkte.

**(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 16.)**

— Einen Esslöffel **Lysoform** rein nahm eine 23jährige Pat. von Dr. Mode (Karlshorst) aus Versehen. Autor verordnete, da Pat. sich ganz wohl fühlte, nur reichlich Milch. Pat.

zeigte auch später nichts Krankhaftes, die Schwangerschaft (Pat. war im achten Monat gravid) nahm ihren ruhigen Fortgang. (Therap. Monatshefte, Juni 1904.)

— Zur **Kenntniss der Strophanthuswirkung** publicirt Dr. G. Günther (Thierärztl. Hochschule Wien) die Resultate von ihm durchgeführter Untersuchungen, die er in folgenden Sätzen zusammenfasst:

1. Strophanthus ist für Säuger ein reines Herzmuskelgift und tödtet durch diastolischen Herzstillstand.
2. Die Vergiftung führt zu charakteristischen Aenderungen in Puls und Blutdruck, von den durch Digitalis herbeigeführten hauptsächlich durch das Ausbleiben der Vagusreizung unterschieden.
3. Strophanthus besitzt eine gefässcontrahirende Wirkung, welche, schwächer als die der Digitalis, das Gesammtbild der Vergiftung wenig beeinflusst.
4. Strophanthus besitzt eine specifische Wirkung auf das Brechcentrum.
5. Als Gegengift käme einzig und allein die künstliche Athmung in Betracht; die Anwendung von Excitantien ist ebenso ohne Einfluss, wie Morphium und Chloralhydrat. (Therap. Monatshefte Juni 1904.)

— Ueber den **Gegensatz von Atropin und Morphin** geben zwei von Dr. B. Raaf (Bonn) beobachtete Vergiftungsfälle eine treffliche Illustration ab. Im ersten Falle handelte es sich um einen $2^1/_2$jährigen Knaben, der Morphiumtropfen in die Hände bekommen und davon soviel getrunken hatte, dass eine recht gefahrdrohende Situation bestand. Autor injicirte subcutan von einer Atropinlösung 0,01:10,0 Aq. $^1/_3$ ccm (= 0,0003 Atropin. sulf.), d. h. nahezu $^1/_3$ der Maximaldosis für Erwachsene. Im Laufe von etwa 20 Minuten waren alle gefahrdrohenden Symptome gewichen. Autor liess dann nach einer Stunde noch prophylaktisch von obiger Lösung innerlich stündlich 5 Tropfen nehmen (viermal), sodass das Kind in fünf Stunden etwa 1,5 mg Atropin. sulfur. erhielt. Am folgenden Tage war es vollständig hergestellt. Fall 2 betraf einen dreijährigen Knaben, der von einer Atropinlösung getrunken und eine vollständige Atropinvergiftung davongetragen hatte. Autor injicirte von einer Morphinlösung (0,1 : 10,0) $^1/_3$ ccm (=0,003 Morph. mur.), d. h. etwa $^1/_3$ der für einen Erwachsenen bestimmten schlafmachenden Gabe. Nach kurzer Zeit verschwanden alle Intoxicationserscheinungen.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Ueber die **Indicationen zur Magenausspülung bei Säuglingen** lässt sich Dr. J. Cassel (Berlin) aus. Epstein hat die Magenausspülung bei Säuglingen in die Therapie eingeführt. Technik und Armamentarium sind höchst einfach. Man bedarf eines gewöhnlichen Nélatonkatheters mit seitlichem Fenster (No. 8, 9 oder 10 engl.), 40 cm gewöhnlichen Gummischlauch, eines Glastrichters und eines Stückes Glasrohrs, welches zweckmässig an dem einen Ende etwas dünner ausgezogen ist, zur Verbindung zwischen Katheter und Gummischlauchs. Nachdem jede beengende Kleidung entfernt und der Körper des Kindes mit einem Tuche leicht bedeckt ist, führt man die Magensonde in folgender Weise ein: das Kind kann in Rückenlage verharren mit etwas tiefer liegendem Kopf, oder auf dem Schoosse der Pflegerin in aufrechter Stellung parallel dem Rumpfe der Pflegerin mit leicht nach vorn gebeugtem Oberkörper gehalten werden. Der mit warmem Wasser reichlich benetzte Katheter wird nach Art einer Schreibfeder mit den Fingern der rechten Hand gefasst und längs des auf dem Zungenrücken ruhenden Zeigefingers der linken möglichst mit Einhaltung der Mittellinie in kurzen ruhigen Schüben in den Rachen und die Speiseröhre hineingebracht. Sowie man in den Magen gelangt ist, wird etwaiger Inhalt, zuerst oft gasförmiger unter einem eigenthümlichen Geräusch, später flüssiger durch Contraction des Magens in den Katheter getrieben und ist im Glasstück sichtbar, ein Zeichen, dass der Trichter gesenkt werden muss, damit der Mageninhalt gänzlich entleert wird. Zuweilen verstopfen grössere Gerinnsel oder Brocken das Auge des Katheters, sodass erst durch eine Spülung der Weg wieder frei gemacht werden kann. Leichter Druck aufs Epigastrium macht in dieser Phase die Spülung oft noch entbehrlich. Nur selten ist die Verstopfung eine so feste, dass man das Rohr noch einmal herausziehen muss. Beim Herausziehen der Sonde drückt man dieselbe fest zusammen, um keine abtropfende Flüssigkeit oder Speisereste in den Larynx gelangen zu lassen, und um, bei etwaigem geringen Mageninhalt, auch die in der Sonde steckenden kleinen Mengen behufs Untersuchung erhalten zu können. Wird eine Spülung beabsichtigt, so lässt man 50—100 ccm auf 30—35° C. erwärmte Flüssigkeit — Autor benützt nur physiolog. Kochsalzlösung und warnt vor allen antiseptischen Lösungen — einlaufen und dann durch Senken des Trichters wieder ablaufen, dies so lange wiederholend, bis das Wasser ganz klar wieder abfliesst,

und stets immer vor dem neuen Eingiessen vorher die gesammte Flüssigkeit wieder aushebernd, da sonst leicht ein Brechact eintritt und Aspiration in die Lungen erfolgen kann. Letzterer Gefahr wegen wurde empfohlen, die Magenausspülung bei herabhängendem oder wenigstens tiefer liegendem Kopf zu machen; dagegen ist ja nichts einzuwenden, doch lässt sich bei genügender Aufmerksamkeit jeder Zwischenfall vermeiden, auch wenn man bei horizontaler oder verticaler Lage des Pat. ausspült. Epstein hat die Spülung, deren Nutzen er vornehmlich in der radicalen Fortschaffung des vorhandenen Mageninhalts behufs Bekämpfung etwaiger Zersetzungsvorgänge sah, bei fast jeder Verdauungsstörung des Säuglings: beim acuten Magendarmkatarrh, bei den epidemischen Sommerdiarrhoeen, beim Brechdurchfall, beim habituellen Erbrechen, beim dyspeptischen Erbrechen künstlich genährter Kinder, bei der Eclampsia ex ingestis und bei Intoxicationen angewandt. Zweifellos wirkt bei allen diesen Affectionen die Magenspülung vortrefflich, die Frage ist nur, ob sie hier überall durchaus nothwendig ist oder ob man event. ohne sie auskommt. Nach den Erfahrungen Cassel's kann nun das Gebiet der Magenausspülungen in der That erheblich eingeschränkt werden, indem in sehr vielen Fällen durch zweckmässige diaetetische Maassnahmen allein das Ziel zu erreichen ist. Handelt es sich z. B. um acuten Magendarmkatarrh, Sommerdiarrhoe, Cholera infantum u. dergl., so wird durch mehr oder minder strenge Nahrungsentziehung, wenn nöthig für 12—24 Stunden, während welcher Zeit löffelweise indifferente Flüssigkeiten nach Bedarf eisgekühlt gereicht werden, ein Erfolg auch ohne Spülung nicht ausbleiben. Allerdings kann eine einleitende Magenausspülung den Krankheitsverlauf bedeutend abkürzen. Haben wir es mit Erbrechen zu thun, so ist die erste Aufgabe, die Ursache zu eruiren. Oft ist Ueberfütterung der einzige Grund, und cessante causa cessat effectus, durch Regelung der Zahl, Menge und Qualität der Mahlzeiten ist der Zustand leicht zu beseitigen. Nicht ganz selten ist das Erbrechen der Säuglinge durch einen Pyloruskrampf oder gar eine Pylorusstenose veranlasst, eine Krankheit, die gewöhnlich bald nach der Geburt oder in den ersten Lebenswochen aufzutreten pflegt. Dann werden die Kinder kurz nach dem Trinken ausserordentlich unruhig, schreien anhaltend und ziehen die Beine an den Leib; das Epigastrium wird aufgetrieben und man fühlt oft, wie sich der Magen in peristaltischen Bewegungen gegen ein Hinderniss aufbäumt. Ruhe tritt erst nach einem Brechact

ein. Hier nützen Magenausspülungen gar nichts; der Chemismus des Magens pflegt auch ganz in Ordnung zu sein. Den grössten Nutzen sah Autor hier von folgender Medication:

Rp. Sol. acid. mur. 0,25 : 90,0
Tinct. thebaic. gtt. II—III
Syr. Alth. 10,0
D. S. 5 Minuten vor jeder
Mahlzeit 1—2 Theelöffel.

Zuweilen nützt aber auch das Opium nichts, und die Kinder gehen zu Grunde. Bei Säuglingen an der Mutterbrust kommt manchmal Erbrechen vor, aber trotz häufigen Erbrechens gedeihen die Kinder gut. Die Mütter wünschen aber schon aus aesthetischen Gründen Hülfe, und da gelingt es zuweilen durch eine oder zwei Magenausspülungen, das Speien zu beseitigen; vielleicht übt hier der mechanische Reiz der Spülung auf die Nerven der Magenschleimhaut einen wohlthuenden Einfluss aus. Es giebt nun aber einige Krankheiten, bei denen die Magenausspülung den anderen Methoden wesentlich überlegen ist. Zunächst ist es die Atonia ventriculi, die bei den künstlich genährten Säuglingen der Arbeiterbevölkerung so häufig ist. Die Kinder erbrechen oftmals am Tage saure Massen, der Bauch ist stark aufgetrieben, und hebert man den Magen drei Stunden nach der letzten Mahlzeit aus, zu welcher Zeit derselbe leer sein sollte, so entleert man grosse Mengen bis zu 100—150 ccm eines stark nach Buttersäure riechenden Mageninhalts, der aus Wasser, zähen Milchgerinnseln, Mehlbrei und zähem Schleim besteht; die Reaction ist zwar sauer, freie HCl aber nicht nachweisbar. Hat man in solchen Fällen Qualität und Quantität der Nahrung genau bestimmt und 3—4stündliche Nahrungspausen eingeführt, so pflegt sich der Zustand meist zu bessern. Ist dies aber nicht der Fall, hört das Erbrechen nicht auf, findet man den Magen nach drei Stunden immer wieder mit reichlichen Mengen gefüllt und fehlt die Reaction auf freie HCl, so pflegt die Magenausspülung ausgezeichnet zu wirken. Meist genügt eine einmalige Spülung, nach Bedarf muss dieselbe nach 1—2 Tagen wiederholt werden. Das gleiche ist der Fall bei Diarrhoea ablactatorum, einer Affection, die sich bei Säuglingen, bei denen plötzlich von der Muttermilch- zur Kuhmilchnahrung übergegangen wird, manchmal in das Leben ernstlich bedrohender Weise entwickelt. Einige Tage kann alles ganz gut gehen, bis plötzlich die Nahrung erbrochen wird und sich jetzt das

Erbrechen nach jeder neuen Mahlzeit wiederholt, sodass die Kinder rasch collabiren. Eine einzige Magenausspülung wirkt hier geradezu souverän. Sind die zersetzten Massen gründlich entfernt, so sinken die Kinder in Schlaf und nach einigen Stunden kann man mit der löffelweiser Darreichung von stark verdünnter Milch oder Abkochungen von pflanzlichen Nährmitteln in kleinen Mengen beginnen, um alsdann im Verlaufe weniger Tage das Kind an die bisher fremde Kuhmilchernährung zu gewöhnen. Die dringendste Indication für die Magenausspülung bilden Intoxicationen, die ja bei Säuglingen allerdings nicht häufig sind. Immerhin hat Autor die Ausspülung im Laufe der Jahre mit Erfolg angewandt bei Vergiftungen mit Lysol, Carbol- und Salpetersäure, Bromoform, Mohnsaft, Morphium. In solchen Fällen muss man je nachdem mit reinem Wasser, mit sauren oder alkalischen Lösungen (Zusatz von Essig, Natr. bicarb.) gründlich ausspülen. Bei schweren Verätzungen ist allerdings Vorsicht geboten. Als Contraindicationen der Magenspülung sind anzusehen: Collapszustände, entzündliche Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates, Laryngismus stridulus, Eklampsie und Tetanie. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904, No. 6.)

— **Die Behandlung der Cholera infantum mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik,** wie sie seit einiger Zeit am *Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin* (Prof. Baginsky) geübt wird, bespricht Dr. H. Röder. Die erste Aufgabe der Therapie besteht hier darin, den Wasserverlust zu decken und auch durch andere Analeptica die geschwächte Herzkraft zu heben und den weiteren Verfall der Körperkräfte hintanzuhalten. Die Behandlung der intestinalen Erscheinungen tritt zunächst, wenn man von dem Fernhalten aller Schädlichkeiten absieht, in den Hintergrund. Durch die häufigen Entleerungen ist der causalen Therapie insofern schon theilweise genügt, als die für pathogen betrachteten Stoffe zum grossen Theil bereits ausgestossen wurden; die medicamentöse Behandlung kann sich darauf beschränken, durch Darreichung von *Calomel* (0,01—0,03 3—4mal täglich) und *Ricinus* (2mal $^{1}/_{2}$—1 Theelöffel) diesen Vorgang zu unterstützen. Opiata gebe man nie im Anfangsstadium; auch später, am dritten und vierten Krankheitstage, können sie entbehrt werden, da wir im *Wismuth* (Bismuth. subnitr. 0,2—0,5 3mal täglich), insbesondere in der *Bismutose* (3mal täglich $^{1}/_{2}$ Theelöffel, am besten in Schleim verrührt, der

Flasche zugesetzt) in diesem Stadium ein vortreffliches Mittel besitzen. Am zweckmässigsten ist die sofortige Anwendung eines *Senfbades* (zwei Hände voll Senfmehl in ein Leinwandtuch einschlagen, einige Minuten unter Hin- und Herschwenken im Badewasser ziehen lassen, bis dasselbe trübe, gelbgrün geworden), das ein souveränes Mittel ist, um von der Peripherie auf Vasomotoren und Herz einzuwirken. Nach dem Bade (von fünf bis acht Minuten) Frottiren des ganzen Körpers, dann Einhüllen in Decken, Wärmflaschen etc. Vor dem Bade 1—3 Campherspritzen. Manchmal 1—2 malige Wiederholung am Tage nöthig. Am besten erhält das Kind dann in den ersten Tagen täglich morgens statt des Reinigungsbades ein Senfbad. Ganz besonders sind die Kinder während und nach dem Bade wegen der Gefahren der so häufigen Otitis media vor Zugluft zu schützen. Mit *Campherinjectionen* halte man nicht zurück; wenn irgendwie durchführbar gebe man dreistündlich eine Pravaz'sche Spritze Campheröl, bis alle Gefahren des Collapses verschwunden erscheinen. Sehr frühzeitig gehe man auch zu *subcutanen Kochsalzinfusionen* über, da, wo durch grosse Wasserverluste der Hauttonus vermindert, die grosse Fontanelle eingesunken, die Pupillen bis zum äussersten verengt und auf Lichteinfall wenig oder gar nicht reagieren, das Abdomen tief eingezogen, der Kräftezustand sehr elend ist, die Durchfälle nicht nachlassen und die Harnsecretion sistirt. Man benütze 0,3 %ige Kochsalzlösung ($^1/_2$ Theelöffel Kochsalz auf 1 Liter Wasser), auf 40° C. erwärmt; es ist gerade diese hypotonische Lösung zu empfehlen, weil diese sehr rasch resorbirt wird, und weil wegen der meist vorhandenen Nephritis eine möglichst geringe Salzzufuhr indicirt ist. Man injicire (unter strenger Asepsis!) an der Innenseite der Oberschenkel und auf der Brust, von der vorderen Achsellinie aus gegen die Achselhöhle zu, und zwar 20—30 ccm pro Kilo Körpergewicht. Die Gesammtmenge (80—100—150—180 ccm) wird an einer oder zwei Stellen injicirt, langsam, mit mässigem Druck, und auf die Stichöffnung ein grösseres Stück Gaze und darüber ein Zinkpflaster, beides ziemlich gross, damit die Lösung nicht abfliesst. Nach 10—15 Minuten ist die Flüssigkeit bereits resorbirt. Die Infusion wird nöthigenfalls zweimal täglich vorgenommen. Bei Säuglingen der ersten Monate und bei älteren Säuglingen, die weit unter dem physiologischen Körpergewicht stehen, muss die Flüssigkeitszufuhr öfter und weniger reichlich erfolgen. Bei angemessener Vorbehandlung der Hautdecke (Reinigung mit

Terpentin und dann Aether, darauf Desinfection mit 2 ‰iger Sublimatlösung), bei Auskochen des Infusionsapparates (Autor hat eine 100 g fassende Spritze mit Zubehör im Besteck herstellen lassen von E. Lentz & Co., Berlin, Ziegelstrasse 3) kamen nie Infectionen, Phlegmonen etc. zur Beobachtung. Die Wirkung der Infusionen wird wesentlich unterstützt durch Darreichung von Mineralwässern (Wildunger, Fachinger), welche die Nierenthätigkeit anregen und uraemischen Zuständen vorbeugen. Was die genannten Maassnahmen (Senfbad, Campherinjectionen, Kochsalzinfusion) betrifft, so warnt Autor, gewisse Fälle von Cholera infantum zu günstig zu beurtheilen und deshalb die excitirenden Eingriffe zu verschieben; durch ein auch nur um einige Stunden verspätetes Eingreifen ist das Schicksal einer grossen Zahl von Brechdurchfällen besiegelt. Die Kochsalzinfusion setze man bis zur Wiederkehr des Sensoriums, bis zur Besserung des Hautturgors und des Kräftezustandes fort und gebe sie erst auf, wenn unter Vermeidung eines Rückfalles nach mehreren Tagen der Zeitpunkt für den allmählichen Eintritt der normalen Ernährung gefunden worden ist. Meist bedarf es ferner der Entfernung schädlicher Nahrungsreste aus dem Magen durch *Magenspülungen* (mit der obengenannten Kochsalzlösung), die, wenn Senfbad und Kochsalzinfusion vorausgegangen, auch bei sehr elenden Kindern auszuführen und namentlich indicirt sind, wenn anamnestisch mehrmaliges Erbrechen festgestellt wird, oder wenn während der Beobachtung trotz Entziehung der Nahrung Erbrechen erfolgt. In vielen Fällen können nach dem Spülen 60—100 ccm der gleichen Lösung oder Thee durch den Schlauch in gleicher Weise eingeführt und im Magen zurückgelassen werden (*Mageneingiessung*), welches Verfahren die Stillung des Durstes ohne Inanspruchnahme der verminderten Saugfähigkeit gestattet und eine Flüssigkeitszufuhr auf diesem Wege ermöglicht. Nunmehr ist *Regelung der Diaet* das nächste. Grundsatz ist hierbei die Fernhaltung aller Schädlichkeiten, unter denen das Eiweiss gerade beim Brechdurchfall die gefährlichste Noxe darstellt. Die Kinder bekommen nur dünnen Thee mit Cognak (ein Theelöffel auf einen Liter) bei nur leichtem Brechreiz angewärmt aus der Flasche (zwei- bis dreistündlich 80—100 ccm), bei verringerter Saugkraft, benommenem Sensorium, grosser Brechneigung, eiskalt löffelweise (alle 5—10 Minuten 3—5 Theelöffel). Bei Kindern, die sehr bald nach Anwendung der Analeptica aus der Flasche saugen, also

besseren Kräftezustand documentiren, kann bereits nach 36—48 Stunden zu reiner Haferschleimlösung übergegangen werden; bei elenden Kindern und da, wo das Leiden sich nicht sichtlich bessert, gehe man nicht zu früh dazu über. Saugkraft, Grösse der Diurese, Verhalten des Hauttonus, Häufigkeit und Art der Stuhlentleerung, geben den Anhaltspunkt ab für den Uebergang. Die bei der Theediaet an Zahl und Wassergehalt verminderten Entleerungen nehmen bei der Schleimdiaet festere Beschaffenheit an; in diesem Stadium pflegt Bismutose, insbesondere wenn der Stuhl schleimige Beimengungen zeigt, die Consistenz pastenartig zu gestalten. Erreicht man dies langsam, so kann man unter gleichzeitiger Beobachtung des Gewichts, unter event. Fortsetzung von Kochsalzinfusion und Senfbad die Schleimnahrung oder eine Kindermehlmischung ohne Zusatz von Milch 3—5 Tage verabreichen, um dann eine ganz dünne Milchmischung oder das Biedert'sche Rahmgemenge u. a. in sehr starken Verdünnungen zu geben. Kinder, die wegen schwerer Stomatitis oder grosser Schwäche Nahrung nicht selbstthätig einnehmen, werden zu den bestimmten Zeiten mit der Schlundsonde gefüttert. Bei jener ersten Nahrung verbleibe man 2—3 Tage unter sorgfältiger Beobachtung des Körpergewichts und Stuhles. Mit dem Weiterschreiten der Besserung kann nunmehr von der Anwendung der Analeptica Abstand genommen werden. Erst ganz allmählich kann die Nahrung ihrer Quantität und ihrem calorimetrischen Werthe nach dem Körpergewicht angepasst werden. Ein Rückfall bei vorzeitiger Darreichung der physiologischen Nahrung, der Milch und ihrer Mischungen, schädigt das Kind weit mehr, als ein längeres Zuwarten. Bei Brustkindern kommt man meist mit einer kürzeren Carenzzeit aus, ohne die Brustnahrung dauernd preisgeben zu müssen; man setze sie für 1—2 Tage aus, befolge die obigen Vorschriften und sorge durch künstliches Abziehen der Brust dafür, dass die Muttermilch nicht versiegt.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1904.)

**Pertussis.** Die **Behandlung mit Antitussin** empfiehlt Dr. N. Swoboda (Kinderabtheilung der Wiener Allg. Poliklinik). Das Präparat (Valentiner & Schwarz, Leipzig-Plagwitz), in Zinntuben als Salbe in den Handel kommend und aus 5 Th. Difluordiphenyl, 10 Th. Vaselin und 85 Th. Wollfett bestehend, wird folgendermaassen angewandt. „Hals, Brust und der Rücken zwischen den Schulterblättern

werden vor der Behandlung mit Antitussin mit warmem Seifenschaum abgewaschen und mit Frottirtuch wieder trocken gerieben. Darauf wird eine wenigstens bohnengrosse Portion der Salbe auf die so präparirten Stellen vertheilt und mit flacher Hand sehr energisch in die Haut hineingerieben. Das Hineinreiben der Salbe hat nach Art der Massage zu erfolgen und ist so lange fortzusetzen, bis das Verschwinden der Salbe an der Hand fühlbar ist." So wurden 15 Fälle von P. behandelt, und zwar mit recht ermuthigendem Erfolge, dann noch einige Kinder, welche an häufigen, qualvollen Hustenanfällen (infolge diffuser Bronchitis und tuberculösen Katarrhs) litten: auch hier mehrfach Besserung durch die Antitussinbehandlung in Bezug auf leichtere Expectoration und Herabsetzung des Hustenreizes. In keinem Falle üble Nachwirkungen, daher ein Versuch mit dem unschädlichen, bequem anzuwendenden Mittel durchaus angebracht.

(Wiener klin. Rundschau 1904 No. 23.)

— **Aristochin** hat Dr. A. Bargebuhr (Hamburg) bei 31 Kindern von drei Monaten bis sechs Jahren angewandt, ohne je irgend eine nachtheilige Wirkung wahrzunehmen. Das Mittel wurde, dem Getränk beigemischt oder mit Sacch. $\overline{aa}$ stets gern genommen. Es wurden meist 2—3 mal täglich als Einzelgabe so viel Decigramm gegeben, wie das Kind Lebensjahre zählte; bei ausbleibendem Erfolge ging Autor um 1—2 Decigramm vorübergehend hinauf, bei schneller Wirkung um ebensoviel herunter. Von Dosen unter 0,1 sah er keinerlei Effect. Aristochin wurde wenige Tage bis mehrere Wochen lang gegeben. Gewöhnlich setzte Autor nach drei bis vier Tage lang völlig ausgebliebener Wirkung das Mittel als unwirksam aus. Bei der grössten Mehrzahl der Fälle (26) wurden aber durch Aristochin Zahl und Intensität der Anfälle in oft recht kurzer Zeit ganz erheblich gemindert, etwa vorhandene Convulsionen verschwanden, das häufig bestehende Fieber hörte nach wenigen Dosen auf, bei einzelnen Fällen schien die Krankheit sogar völlig und dauernd behoben. Das Mittel besitzt die guten Eigenschaften des Chinin, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 27.)

**Prostatahypertrophie.** Ueber **Sondenbehandlung der P.** theilt Dr. Arth. Strauss (Barmen) seine Erfahrungen mit. Aeltere Leute, welche über häufiges und erschwertes

Uriniren klagen, damit zu vertrösten, dass dieses eine häufig vorkommende und harmlose Alterserscheinung sei, zeugt von einer für die Pat. leicht folgenschweren Unkenntniss der Symptome der Prostatahypertrophie und der Gefahren, welche sie hervorzurufen vermag. Die Ansicht, dass man erst dann zum Katheter greifen soll, wenn vollständige Harnverhaltung dazu zwingt, ist verkehrt. Lehrt doch die Erfahrung, dass man über Monate und selbst Jahre hinaus einen Pat. vor einem fragwürdigen operativen Eingriff bewahren kann, wenn man schon zu einer Zeit sich des Katheters bedient, in der bei deutlich ausgeprägten subjectiven Beschwerden noch keine Harnverhaltung besteht. In diesem Stadium ist das Uriniren erschwert, die Pat. müssen länger warten als früher, die Kraft des Harnstrahles ist vermindert, er fällt wie von der Dachrinne herab, das Uriniren erfolgt absatzweise, zugleich ist die Harnmenge vermehrt. Alle diese Erscheinungen pflegen vornehmlich Nachts und Morgens aufzutreten, während sie bei Tage meist völlig wieder verschwinden. Schon in solchen Fällen kann der Katheterismus von prophylaktischer Wirkung sein. Entleert sich aber die Blase schon nicht mehr vollständig, so bringt nicht selten eine einmalige vollständige Entleerung des Residualharns eine über längere Zeit andauernde grosse Erleichterung, die sich darin äussert, dass die Pat. wieder seltener uriniren, dass der Harnstrahl kräftiger wird, und dass sich die subjectiven Beschwerden verlieren. In diesen Stadien kann die dilatirende Druckwirkung der Sonde auf die vergrösserte Prostata resp. die hintere Wand der Harnröhre von grossem Werthe sein, umsomehr, wenn es gelingt, mit *einem* Instrumente gleichzeitig die mechanische Wirkung mit der Entleerung des Residualharns zu verbinden. Dazu dienen nun des Autors *Spülsonden**), die sich ihm bei der Behandlung der chron. Gonorrhoe fortgesetzt vorzüglich bewähren. Als Ersatz der complicirten Dilatatoren ermöglichen sie in einfachster Weise die mechanische Behandlung der infiltrirten Harnröhre durch Druck unter gleichzeitiger chemischer durch nachfolgende Spülungen. Die Krümmung dieser Sonden nach Guyon macht sie zunächst in rein anatomischem Sinne zur Therapie der P. geeignet. Mag es sich um eine gleichmässige oder ungleichmässige Vergrösserung des Organs handeln, mögen die Seitenlappen oder der Mittellappen hypertrophirt sein, stets ist das Orificium

*) Fabrikation: Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vorm. Jetter & Scheerer in Tuttlingen.



urethrae int. nach vorn und oben verlagert, also näher an die Schamfuge gerückt. Zugleich ist im prostatischen Theile die normale Krümmung der Harnröhre verstärkt. Vornehmlich leidet die untere Wand, während die vordere nur wenig verändert ist. Es ist also klar, dass man sich mit einem vorne nach unten abgebogenen Instrument an der vorderen Wand der Harnröhre halten kann, besonders in den ersten Stadien der Erkrankung bei noch nicht hochgradiger Vergrösserung der Drüse. Von einer Volumsabnahme der vergrösserten Prostata kann freilich keine Rede sein. Wenn aber mit der mechanischen Erweiterung der prostatischen Harnröhre eine gleichzeitige Entleerung des Residualharns Hand in Hand geht, der event. noch die Injection kleiner Mengen antibakterieller Lösungen (Arg. nitr., Protargol) oder eine Auswaschung der Blase mit Borsäure folgen kann, so kann dem Prostatiker gerade in den früheren Stadien ein wesentlicher Vortheil geschaffen, das Leiden gemildert, Complicationen verhütet, die Nothwendigkeit operativer Eingriffe hinausgeschoben und vielleicht gar vermieden werden. In der That sprechen die Erfahrungen des Autors dafür. Seine Pat. waren 52—63 Jahre alt, hatten meist kleine Mengen von Residualharn, stets nachweisbare Vergrösserung der Drüse, vermehrtes Urinbedürfniss, langes schmerzhaftes Pressen, unterbrochene Miction u. s. w. Die Beschwerden verminderten sich stets im Verlaufe der Behandlung. Autor führte die Sonden 2 mal wöchentlich ein, vorher Eucain einspritzend. Er begann mit einer Nummer, die leicht die Pars prost. passirte und stieg allmählich zu dickeren. Sie müssen möglichst sich ihren Weg selbst suchen, dann tief gesenkt werden; nach Abfluss des Residualharns hebt man sie wieder etwas, lässt sie so 10 Minuten liegen und instillirt, namentlich bei Neigung zu katarrhalischer Erkrankung, 5 %ige Protargollösung oder spült mit Bor aus. Peinlichste Asepsis. Pat. nimmt zuerst ein warmes Wannen- oder Sitzbad, wobei er das Glied gründlich mit Seife reinigt, nachher legt er einen Umschlag von essigsaurer Thonerdelösung um das Glied unter Bedeckung mit Guttaperchapapier; vor dem Eingriff nochmals gründliche Reinigung der Eichel. Die Cur dauert 2—3 Monate. Sie bringt keine Heilung, aber sie schafft, wenigstens in den ersten Stadien der P. grossen Nutzen und bildet eine dankbare Aufgabe für den Arzt, freilich nur nach sorgfältigster Indicationsstellung mit besonderer Rücksicht auf die Starrheit der Instrumente. Man soll sich stets vor Augen halten, dass die wesentlichste

Vorbedingung einer erfolgreichen Behandlung der P. in der Vermeidung aller Ursachen besteht, die Congestionszustände herbeiführen können, und dass, ebenso wie ein unzeitiger Katheterismus auch eine voreilige und ungeschickte Sondirung folgenschwere Zustände hervorzurufen vermag.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, Mai 1904.)

**Seekrankheit.** **Validol** empfiehlt warm Dr. K. Koepke, Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd. Wenn er das Mittel auch nicht geradezu als Specificum gegen S. betrachtet, so hat er doch nur selten ein Versagen desselben beobachtet, das er in den letzten 3 Jahren in vielen hundert Fällen angewandt hat. Man darf sich freilich nicht damit begnügen, einfach Validol zu ordiniren, sondern muss nach einer bestimmten Methode vorgehen. Kommen Pat. im Anfangsstadium der S. zur Behandlung, d. h. mit Klagen über nervösen Kopfdruck, schlechten Geschmack, Speichelfluss, Schwindelgefühl etc., so erhalten sie ein Stück Zucker mit 10—15 Tropfen Validol und die Weisung, sich $^1/_2$ Stunde niederzulegen. Hinterher dürfen sie ein Glas Wein trinken und etwas Biskuit dazu essen. Dies genügt fast ausnahmslos. Nach 1 Stunde fühlen sich die Pat. wieder frisch und zeigen den erwünschten Appetit. Nöthigenfalls wird dieselbe Therapie wiederholt. Nicht ganz so einfach ist das Verfahren bei den schweren Fällen, bei Personen, welche durch tagelang anhaltende S. körperlich und psychisch schon stark heruntergekommen sind. Hier wird sofort Bettruhe verordnet, dann erhält Pat. sein Stück Zucker mit Validol und wird angewiesen, dasselbe langsam zu zerkauen. Sehr oft wird ihn der Anblick des Zuckers zurückstossen, aber hat er erst auf dringendes Zureden das Stück genommen und den angenehm scharfen, kühlenden Effect des Validols im Munde verspürt, so verlangt er später selbst nach einer Wiederholung der Dosis. Autor hat mehrfach versucht, Validol mit anderen Vehikeln zu geben, ist aber immer wieder auf den Zucker zurückgekommen. Sollte das erste Stück erbrochen werden, so erhält Pat. sofort ein zweites Stück, welches fast stets bleibt. Sehr bald spürt er ein angenehm wärmendes Gefühl, Magendruck und Kopfschmerz lassen nach, $^1/_2$ Stunde später erhält er theelöffelweise 2 rohe Gelbeier mit Sherry und Eis verrührt. Fast stets bleibt dies. Nachdem man dann mehreremale dieselbe Procedur im Laufe des Tages wiederholt und Pat. wieder eine Nacht gut geschlafen hat, kann man ihm allmählich wieder andere leichte Diaet erlauben.

Durchaus falsch aber würde es in vielen Fällen sein, den mannigfachen Wünschen des Pat. nachzugeben und ihm zu erlauben, das zu essen, worauf er gerade Appetit hat. Augenblickliches Erbrechen ist meist die Folge. Autor hat des öfteren Kranke gehabt, welche tage- und wochenlang ausschliesslich von dieser Eier-Sherry-Mischung leben mussten, weil der geringste Versuch einer Diaetänderung sofort zu Erbrechen führte. In vereinzelten Fällen stösst die Darreichung der Eier mit Sherry auf so hartnäckigen Widerstand, dass man davon Abstand nehmen muss. Hier versuche man es mit kalter Haferschleimsuppe, ebenfalls natürlich nach jedesmaliger vorhergegangener Verabreichung von Validol. (Therap. Monatshefte, Juni 1904.)

**Sepsis, Pyaemie.** Ueber **Heilungsaussichten und Behandlung der puerperalen Pyaemie** lässt sich Prof. Dr. E. Opitz (Universit.-Frauen-Klinik Berlin) aus und gelangt zu folgenden Schlusssätzen: „Eine operative Behandlung der puerperalen Pyaemie in Form der Unterbindung oder Entfernung der erkrankten Venen nach Trendelenburg mit oder ohne Totalexstirpation des Uterus kann höchstens in Ausnahmefällen Erfolg gewähren, eine sichere Indicationsstellung ist fast unmöglich. Das Hauptgewicht bei der Bekämpfung dieser Erkrankung ist auf die Prophylaxe zu legen. Bei einmal ausgebrochener Pyaemie bietet eine Behandlung, bestehend in absoluter Ruhelage, zweckmässiger Ernährung mit Unterstützung durch Zucker- und Kochsalzinfusionen oder Darmeingiessungen bessere Aussichten, als die Alkoholtherapie. Diese lassen sich vielleicht durch die Hofbauer'sche Nucleïnbehandlung, systematische Antipyrindarreichung und intravenöse Collargolinjectionen weiter verbessern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 26 u. 27.)

— **Intravenöse Collargolinjectionen bei septischen und infectiösen internen Erkrankungen** hat Dr. A. Ritterhaus (Friedrich Wilhelm-Spital Bonn) angewandt und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgendem Urtheil: „Bei einer grossen Zahl infectiöser und septischer Krankheitszustände ist die intravenöse Anwendung des Collargols nicht nur imstande, die Temperatur, sondern auch Herzthätigkeit und Allgemeinbefinden günstig zu beeinflussen, allerdings meist nur vorübergehend; ein dauernder Erfolg war bei allen pulmonalen Erkrankungen, Gelenkrheumatismen und deren Complicationen sowie allgemein pyaemischen

Processen nur selten zu sehen; letztere zeigten freilich eine so auffallende wenn auch immer nur kurze Zeit anhaltende Besserung, dass die Anwendung des Collargols zur Beseitigung der subjectiven Beschwerden durchaus geboten erscheint. *Erysipele*, zumal schwere Formen von Gesichtsrose, verbunden mit schlechtem Allgemeinbefinden und meningitischen Symptomen gelang es durch ein- bis mehrmalige Anwendung des colloidalen Silbers so günstig zu beeinflussen, dass wir dem Mittel in den meisten Fällen einen direkt heilenden Einfluss auf die genannte Erkrankung zuerkennen müssen.“ (Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904.)

**Syphilis.** **Die übertriebene Furcht vor Kali chloricum** sucht Dr. Buri (Basel) auf Grund seiner reichen Erfahrungen zu bannen. Er hat die *Kal. chloric.-Zahnpasta*, vor deren täglichem Gebrauch Kobert warnt, da das darin in concentrirter Form enthaltene Kali chloric. gelegentlich schwere Methaemoglobinbildung veranlasst, täglich verordnet, aber nie schlimme Folgen gesehen, kann dagegen bestätigen, dass diese Paste als ein vorzügliches Prophylacticum und Heilmittel sich ihm in hunderten von Fällen bewährt hat. Er hat in den letzten Jahren eine grosse Zahl von Hg. salicyl.-Injectionscuren durchgeführt, ohne eine Spur von Stomatitis mercurialis zu beobachten, obschon er Kal. chloric. nur in der Form der Paste (von Beiersdorf & Co. unter dem Namen „*Pebeco*“ in den Handel gebracht) bei gleichzeitigem strengen Rauchverbot, gebrauchen liess. Kal. chloric. als Schachtelpulver oder in Solution verordnet er grundsätzlich nie. Nur höchst selten musste er, etwa bei stark defectem Gebiss, auch noch zu den comprimirten Kal. chloric.-Tabletten seine Zuflucht nehmen. Auch Unna behandelt keinen Luetiker ohne die Paste, niemals sah er Stomatitis sich entwickeln, nie unangenehme Folgen entstehen. Auch nichtmercurielle Mund- und Rachenaffectionen verschwinden sehr oft schon in kurzer Zeit lediglich unter Gebrauch der Pasta. Auch 4—6 Stück pro die von den Tabletten gereicht, bewirkten nie unangenehme Symptome. Wie sollte das bei der Paste gar der Fall sein! Eine Tube „Pebeco“ mit 80 g Paste enthält 40 g Kal. chloric. und wird bei täglich 3maliger Anwendung erst etwa in 42 Tagen aufgebraucht, es kommt täglich kaum 1 g in den Mund, und zwar mit Spülwasser stark verdünnt. Mehr als die Hälfte dieses Gramms wird doch sicher mit der Spülflüssigkeit wieder entfernt, und der event. kleine Rest sollte toxisch wirken können? Freilich sollen Intoxi-

cationen vorgekommen sein, Dyspepsien, Albuminurie. Aber sollte da nicht eher das Quecksilber oder gar die S. selbst eher aetiologisch schuld gewesen sein? Mit Recht wird vor Missbrauch des Kal. chloric. gewarnt. Aber gerade diesem Missbrauch wird durch Benützung der Paste vorgebeugt; schwere acute Vergiftungen sind bei dieser Anwendungsform ausgeschlossen, und die Möglichkeit, dass chronische Vergiftungen sich ereignen könnten, muss erst noch bewiesen werden, bisher ist sie nur theoretisch vorgebracht worden. (Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 22.)

— Ueber **einige empfehlenswerthe neuere Antisyphilitica,** über die er Erfahrungen gesammelt hat, lässt sich Dr. Fr. Weitlauer, ehemaliger Assistent von Prof. Rille, aus. Es wurde neuerdings vorgeschlagen, innerhalb der ersten 3 Jahre 6mal energisch eine Hg-Behandlung einzuleiten, wie es auch Leser in seinem Lehrbuch vorschlägt. Das Hauptgewicht fällt in das 1. Jahr der Infection, und man mercurialisire ruhig wenigstens 4mal. Dabei ist die Injectionsmethode eine weitaus wirksamere gegenüber der Inunction. In Bezug auf letztere giebt es jetzt eine sehr bequeme Anwendungsweise. Das *Quecksilberresorbin* in Tuben, hergestellt von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin, verdient die nachdrücklichste Empfehlung bei jedem prakt. Arzte. Das Präparat kommt roth und grau auf den Markt; letzteres ist vorzuziehen. Rasche und energische Darreichung von Hg geschieht am besten durch Injectionen. Aber die Einreibecur wird deshalb nicht vom Felde verschwinden, und für sie eignet sich heute am besten das graue Hg-Resorbin, das reizlos ist, sehr wenig schmutzt und in Dosen von 3—4 g ebenso wirksam ist, wie 2—3 g des gewöhnlichen Ung. cinereum. Man kann sich damit auch Gaze selbst dadurch bereiten, indem man es in hydrophile Gaze einmassirt. Diese Quecksilberresorbingaze ist dem Quecksilberpflastermull nahezu ebenbürtig und ein vorzügliches Verbandmittel auf ulcerirende Sklerosen und tertiäre Processe. Dann noch 2 empfehlenswerthe Präparate. Die *Jodferratose* (Böhringer) ist besonders geeignet zur Intervallscur zwischen den Inunctions- oder Injectionsperioden. Sie hebt rasch den gesunkenen Blut- und Ernährungszustand. Rechnet man im ersten Infectionsjahre 180 Quecksilbertage, so bleiben noch 120 freie Tage (die ersten 2 Monate der Infection kommen für die Allgemeinbehandlung nicht in Betracht). Hier ist die Jodferratose am Platze, und zwar verbrauche man in jedem

Intervall 3 Flaschen, die erste Flasche zu 3, die zweite zu 2, die dritte zu 1 Esslöffel täglich. *Jodipin* (Merck) ist selbst in seiner 25%igen Zusammensetzung ein mildes Jodmittel, das nie Jodismus macht. Autor hatte unter seinen Augen Psoriasis- und Lueskranke, welche in kurzer Zeit (nahezu tägliche 20 ccm Injectionen 25% Jodipins) subcutan und intern an 500 g consumirten, ohne Jodismus. Andererseits konnte er die Beobachtung machen, dass während einer Jodipincur gegen Ende des ersten Luesinfectionsjahres nach unmittelbar vorher eingespritzten 100 g 25% Jodipins eine Paronychia specifica und Papeln am Septum narium auftraten. Das dürfte einem bei gleich energischer Jodkalianwendung nicht passiren. Deshalb wendet Autor das Jodipin gegen S. erst nach dem zweiten Infectionsjahre an und empfiehlt dringend, sowie am Beginne der Allgemeinerscheinungen die Hg-Injectionscur, am Schlusse der ersten drei Infectionsjahre und dem Beginne der Syphilislatenz eine energische Jodipinanwendung durch Einspritzung (20 Injectionen von je 20 ccm 25% Jodipins). Intern, wenn man es schon anwendet, dürfte man das Jodipin am besten mit heissem schwarzen Kaffee nehmen lassen. Bei den Injectionen benütze man eine grössere starke Spritze mit weiter, scharfer Canüle und Bajonettverschluss, sowie guten Angriffspunkten für beide Hände und injicire subcutan in die Bauchhaut, links und rechts von der Linea alba. Jodipin hat sehr nachhaltige Wirkung; Autor konnte noch ½ Jahr nach der Jodipincur Jod im Harn deutlich nachweisen. So erklärt sich die langsame Resorption, die sehr milde Wirkung. — Für die Mundbehandlung während der Hg-Cur hat man jetzt ein sehr bequemes Präparat: Die Beiersdorf'sche *Kal. chloric.-Paste* in Tuben. Bei fleissiger Benützung desselben kann man ganz energisch mercurialisiren. Quecksilberresorbin in Tuben zusammen mit dieser Paste in Tuben macht die Hg-Cur zu einer äusserst bequemen. Obwohl die Kal. chloric. Paste 50% ist, hat Autor nie eine schädliche Nebenwirkung wahrgenommen. (Medicin. Blätter 1904 Nr. 24.)

— Ueber die Verwendung der Scarenzio'schen **Calomelinjectionen** in der Breslauer Klinik berichtet Prof. Neisser, der diese Methode schon seit 20 Jahren anwendet. Autor ist überzeugter Anhänger der chronisch-intermittirenden Behandlung der S. und von dem Gefühl durchdrungen, dass mercurielle Curen so energisch wie möglich durchgeführt werden sollen. In beiderlei Hinsicht leistet Calomel

Vollkommenes. Diese Injectionen gewähren uns bei der ersten Cur die Garantie, dass eine energische Hg-Beeinflussung stattfindet, sie gewähren später in allen Fällen, in denen nicht eine mit besonderer Sorgfalt, dann aber auch mit grossen Störungen des täglichen Lebens verbundene Inunctionscur durchgeführt werden kann, die Möglichkeit, die etwa 4 Jahre hindurch alle Jahre einmal nothwendigen energischen Curen leicht und sicher zu bewerkstelligen. Autor wenigstens verwendet, so oft es ihm darauf ankommt, eine kräftige Quecksilberwirkung zu erzielen, stets entweder unter besonderen Cautelen womöglich in einer Klinik durchgeführte Inunctionscuren oder Calomelinjectionen, wobei letztere in allen Fällen, wo die Behandlung ambulant durchgeführt werden muss, die bekannten Vorzüge vor den Inunctionscuren gewähren, dass der Pat. in seiner Lebensweise vollständig unbeschränkt bleiben kann, dass alle die Quecksilberbehandlung unterstützenden Maassnahmen, Bäder, Schwitzproceduren, ohne Störungen für die Hg-Resorption durchgeführt werden können. Autor bedient sich auch des Salicyl- und Thymolquecksilbers, aber an Energie und Kräftigkeit der Wirkung stehen beide dem Calomel nach. Salicylquecksilber speciell ist ja ein äusserst brauchbares Mittel, aber für energische Curen nicht immer ausreichend. Kein Wunder; man bedenke, dass

| | | |
|---|---|---|
| Calomel . . . . . . . . . . . | 84,96 % | Hg |
| Hg salicyl. . . . . . . . . . . | 59,00 „ | „ |
| Hg thymolic. . . . . . . . . | 56,90 „ | „ |

enthalten. Aber auch was die Schnelligkeit der Resorption und des Zutagetretens des Effectes betrifft, steht Calomel obenan. Daher sind gerade die schwersten Fälle von S. (Gehirn, Rückenmark, Eingeweide, Sinnesorgane) in erster Reihe mit Calomelinjectionen zu behandeln. Pat. mit S. maligna macht Autor erst dann Calomelinjectionen, wenn vorher festgestellt ist, dass sie Hg. gut vertragen; ist das der Fall, dann ist der Erfolg auch vorzüglich. Allerdings haften ja auch im Allgemeinen unerwünschte Nebenwirkungen (schmerzhafte Infiltrationen, Stomatitis etc.) gerade den Calomelinjectionen an; auch ist die Verabreichung sehr grosser Dosen von Jodalkalien bei Calomelinjectionen mit örtlichen, wenn auch nicht geradezu eine Contraindication bildenden Störungen verknüpft, welche bei Hg. salicyl. oder thymolic. ausbleiben. Was die nach den Injectionen auftretende Schmerzhaftigkeit anbelangt, so hat Autor allerdings gefunden, dass sie weniger auf Rechnung des gerade gewählten unlöslichen

Präparates kommt, als auf individuelle Verschiedenheiten der Pat. selbst. Gewisse Menschen, namentlich Frauen, vertragen Injectionen überhaupt nicht oder schlecht, andere wiederum gut. Autor macht es jetzt so, dass die in Behandlung tretenden Pat. zuerst eine Salicylquecksilberinjection erhalten als die mildeste und örtlich wenigst reizende. Wird diese Injection gut vertragen, so kommt als zweite Injection Thymolquecksilber, und verläuft auch diese ohne Störung, so folgen nun Calomelinjectionen, bis 10—12 Injectionen zustande gekommen sind. Da subcutan injicirt wird, nicht intramusculär, fällt die Gefahr, in eine Vene hineinzugerathen, weg, da die grossen und weiten Venen erst unterhalb der Fascie liegen. Als Vehikel wird Paraffin. liquid. oder Ol. amygd. benützt; in letzterem ist gewöhnlich das unlösliche Salz am feinsten suspendirt, Paraffin aber hat den Vorzug, dass nie eine Zersetzung oder ein Bakterienwachsthum in ihm stattfindet. Abscedirungen kamen nie vor, was Autor wesentlich der bei ihm üblichen Methode der Spritzen- und Nadelconservirung zuschreibt. Spritze und Nadeln liegen dauernd in Paraffin. liquid., wodurch beide nicht nur viel länger in tadellosem Gebrauchszustande bleiben, sondern auch die Möglichkeit einer Verunreinigung völlig ausgeschlossen ist. Spritzt man nun noch ins subcutane Bindegewebe, nicht in die Musculatur, so sind die entstehenden Infiltrate wenig schmerzhaft.

(**Allgem. med. Central-Ztg. 1904 No. 26.**)

**Tuberculose.** Salicyl in Form von **Rheumasan** hat Dr. M. Behr (Heilstätte Holsterhausen) bei 30 Phthisikern angewandt, die dazu *Rheumatismen, Arthritis chronica, Neuralgieen, Pleuritis* acquirirten. Er liess täglich 1 mal 5—10 g des Präparates auf die schmerzhafte Stelle auftragen und tüchtig in die Haut einmassiren. Selbst wenn dies wochenlang geschah, wurden Hautreizungen und auch sonst üble Nebenwirkungen nie wahrgenommen. Die Wirkung auf die genannten Affectionen war eine sehr ausgesprochene, auch bestehen die Vorzüge des Mittels nach des Autors Ansicht:

1. in der für die Aufnahme durch die Haut vorteilhaften Combination des Medicamentes mit einer Seife;
2. in der Schonung des Magens durch die äussere Application;
3. in der Verbindung der Wirkung von Medicament und Massage;

4. in seiner geringen ausgeprägten schweisstreibenden Eigenschaft;
5. in der Unschädlichkeit für die Nieren bei entsprechender Dosirung;
6. in der suggestiven Wirkung auf die Pat. durch die örtliche Behandlung der erkrankten Stelle.

(Therap. Monatshefte, Mai 1904.)

— **Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasentuberculose** wird von Dr. H. Wossidlo (Berlin) beleuchtet, der zugleich seine eigenen Erfahrungen mittheilt. In Verbindung mit *Guajacol* hat ihm das *Jodoform* hier und da vorübergehend gute Dienste geleistet; hauptsächlich wirksam ist dabei wohl das Guajacol, das von der Blase gut vertragen wird und local anaesthesirend wirkt. Man verwendet eine Emulsion, die 5 % Guajacol und 1—2 % Jodoform enthält und injicirt davon etwa 10 ccm in die Blase. Am wirksamsten ist aber noch immer *Sublimat.* Man beginnt mit einer Lösung von 1:10000 und bringt davon mit der Guyon'schen Tropfenspritze in den ersten Sitzungen höchstens 2—5 ccm, später bis 10 ccm in die vorher entleerte Blase. Werden sie gut vertragen, so kann man nach einigen Tagen die Instillation wiederholen und kann allmählich mit der Concentration der Lösung bis auf 1:5000 und 1:2000 steigen. Von der letzteren Lösung bringt man aber besser nicht mehr als 5 ccm in die Blase. Mit der fortschreitenden Besserung, dem Nachlassen des Tenesmus, der Abnahme der Schmerzen steigt man mit der Quantität der zu injicirenden Lösung, sodass schliesslich bis 50 ccm eingespritzt werden, wobei man aber mit der Concentration wieder auf 1:10000 bis 1:5000 heruntergeht. Gewöhnlich folgt auf die Instillation der Sublimatlösung eine mehr oder weniger heftige, schmerzhafte Reaction; zur Milderung der Schmerzen giebt man da Morphiumsuppositorien. Ist aber die Reaction abgelaufen, so sind die Schmerzen und die Dysurie geringer geworden. Wiederholung der Instillation erst nach Ablauf der Reaction; in der Regel kann man 2mal wöchentlich instilliren. Wenn nach einigen Instillationen sich keine Besserung zeigt, ist damit aufzuhören. Geht man vorsichtig an diese Behandlung, die mit einer Allgemeinbehandlung zu combiniren ist, heran, so wird man bei beginnender T. mitunter gute Erfolge sehen; allzugrosse Hoffnungen darf man freilich nicht hegen.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene. Mai 1904.)

— Seine **Erfolge der Zimmtsäurebehandlung der Lungenschwindsucht in der Sprechstunde des Landarztes** veröffentlicht Dr. R. Blum (Hallingen) und zeigt durch Krankengeschichten, wie segensreich die Landerer'sche Methode in der Praxis werden kann. Bezüglich der Technik hielt er sich genau an die Vorschriften Landerer's und fand nie Schwierigkeiten dabei, in die Vene zu injiciren; ebensowenig hat er bisher bei den etwa 700 Injectionen einen Schaden von denselben gesehen. Um Spritze und Canülen steril zu erhalten, hat er es am praktischsten gefunden, sie dauernd in absolutem Alkohol aufzubewahren; wenn das Gefäss gut verschlossen ist, rosten sie nicht. Die von Landerer empfohlene Streissguth'sche Spritze bewährte sich tadellos; für jeden Pat. wurde eine besondere Nadel benützt, kenntlich gemacht durch kleine farbige Glasperlen. Das Hetol lieferten Kalle & Co.; die von Landerer angegebene Dosis von 10—15 mg zu überschreiten, hatte Autor in keinem Falle Veranlassung; die Steigerung von 0,5 mg bis zum jeweiligen Maximum geschah ganz allmählich, indem von Mal zu Mal die Dosis um $^1/_2$ oder, wo es vertragen wurde, um 1 mg vergrössert wurde. Bisweilen wurde das Tempo verlangsamt oder gar zu kleineren Dosen zurückgegangen, wenn Kopfschmerzen oder andere Erscheinungen möglicherweise von den Einspritzungen herrühren konnten. Alle Fälle zeigten das gemeinsame Resultat, dass der durch die T. hervorgerufene Verfall aufgehalten und Gewichtszunahme erzielt wurde; oft trat auch beträchtliche Besserung des Lungenbefundes ein. Keiner der Pat. wurde durch die Hetolcur geschädigt, vielmehr alle gesundheitlich gefördert und von dem drohenden Unheil für jetzt wenigstens behütet.

(Therap. Monatshefte, Juni 1904.)

— Ueber **chronische Lymphdrüsen-Intumescenzen, verdächtig als latente Tuberculoseherde,** lässt sich der Berliner Kinderarzt S.-R. Dr. Fürst aus. Gerade im Kindesalter bildet der lymphatische Rachenring eine Prädilectionsstelle für den Tuberkelbacillus; von hier aus dringt letzterer in Lymphspalten und Lymphgefässe zunächst bis zu den nächsten Lymphdrüsen vor. Wir haben allen Grund, die Tonsillen selbst, sowie die chronisch vergrösserten Lymphdrüsen, in erster Linie die Submaxillar-, Hals- und Nackendrüsen als sehr suspect anzusehen. Von solchen latenten Herden aus dringen die Bacillen, oft in acutester Weise, später in die Blutbahn ein. Kinder mit chron. Anaemie,

mit schlechter Ernährung, mit immerfort recidivirender Amygdalitis etc. sind da besonders gefährdet. Deshalb hat Autor schon seit langem den chronischen Lymphdrüsen-Intumescenzen, namentlich dieser Kinder grosse Aufmerksamkeit geschenkt und versucht, solche Drüsen zu verkleinern und allmählich zur völligen Rückbildung zu bringen. Am besten wirkte hier das *Jodvasogen* (6%), das geradezu überraschend auf vergrösserte Drüsen einwirkt und damit einer Tuberculisirung derselben vorbeugt, dabei absolut nicht reizt. Autor lässt suspecte Drüsen 2mal täglich einpinseln oder sanft einreiben, daneben innerlich von dem Jodvasogen 3mal täglich 5—10 Tropfen in Cacao nehmen. Kommt dazu noch hygienisch-diaetetische Therapie, so gehen jene Drüsen trotz torpider Beschaffenheit und verdächtigen Charakters constant zurück. Autor hat wiederholt die Freude gehabt, dass selbst solche Kinder, bei denen infolge von Erblichkeit, constitutioneller Schwäche oder Anaemie Disposition zur Tuberculose anzunehmen war, sich unter der Jodvasogenbehandlung sichtlich kräftigten, an Gewicht zunahmen und von der drohenden Tuberculose freiblieben. (Die Therapie der Gegenwart, Juni 1904.)

**Ulcus molle.** Ueber die **Behandlung des U.** im Katharinenhospital in Stuttgart macht Dr. F. Hammer Mittheilung. Als sehr wirksames Unterstützungsmittel der Behandlung erwies sich die *Hitzeapplication:* heisse Localbäder mit Kal. permang., wobei sich freilich Pat. etwas zumuthen muss, will er Erfolg haben; auch sind im Bade die Geschwüre gut auseinanderzuziehen und der sich bildende Belag immer wieder abzuwischen. Bei grösseren hartnäckigen Schankern z. B. der Analgegend sehr gute Erfolge durch Bestrahlungen mit einer *Focuslampe* (Fischbach, Wiesbaden), die aus einer starken Glühlampe mit Reflector besteht; wirkt besonders gut austrocknend. Sehr bequem und wirksam auch *Paquelin*, 3—4 mm weit dem Geschwür genähert (nicht Berührung!). Wo *Jodoform* als Wundpulver vermieden werden sollte (Privatpraxis) wandte Autor *Thioform* an. Sehr zweckmässig ist es, das Jodoform in aetherischer Lösung mittelst einer dünnen zugespitzten Glasröhre zu appliciren. Oft sind Aetzungen nicht zu entbehren. Autor hat viele Aetzmittel versucht, kam aber immer wieder auf *Acid. carbolic. liquef.* zurück, das die Gewebe nicht in überflüssiger Weise zerstört und keine nennenswerthe entzündliche Reaction hervorruft. Seit einiger Zeit benützt Autor ein sehr handliches Instrument,

eine konische, mit spiraligen Rillen versehene *Glasschreibfeder* (A. W. Faber, Berlin W., Friedrichstr. 79), die wie beim Schreiben die Flüssigkeit mehr allmählich abgiebt. Zu gleicher Zeit mit dem Einführen des Aetzmittels tamponirt Autor die Geschwürshöhle ausgiebig mit in Carbolsäure getauchter Watte, wodurch zu gleicher Zeit Ausbreitung des Geschwürsgrundes und örtlicher Druck, der der entzündlichen Reaction entgegenwirkt, erzielt wird. Bei Sitz des U. auf der äusseren Haut lässt sich dann das U. durch etwas Watte und Collodium vollständig abschliessen; doch darf dieser guten Schutz gegen Reibung und Maceration bietende Verband nicht länger als einen Tag belassen werden. Die Glasfeder bietet auch den grossen Vortheil, dass sich mit ihrer Spitze gut die feinen Ausläufer und Spalten austasten und ätzen lassen. Bei Sitz des U. am Frenulum tritt sehr rasch Perforation ein, und man thut dann gut, das Bändchen zu spalten; besondere Beachtung ist aber den beiden Stümpfen des Frenulums zu schenken, in denen sich gern feine Minengeschwüre festsetzen. Ein im Orificium urethrae sitzendes U. ist oft sehr hartnäckig; Einlegen kleiner Jodoformgazetampons empfehlenswerth. Bei phimotischem Praeputium sind eine Zeit lang antiseptische und reinigende Ausspülungen zu machen, bis die entzündliche Anschwellung etwas zurückgegangen ist. Dann führt langsame, das Praeputium längere Zeit in Spannung erhaltende Retraction meist zur Erweiterung und macht eine Operation unnöthig. Wird diese erforderlich, so legt Autor je einen Einschnitt seitlich an. Auffallenderweise werden diese Schnittwunden meist nicht schankrös; legt man Nähte ein, so werden sie es dagegen oft. Was die Lymphdrüsenentzündungen anbelangt, so wendet Autor Abortivinjectionen nicht an, da er fand, dass das, was man auf der einen Seite durch Abkürzung des Verlaufes gewinnt, durch den übermässig langen Verlauf der Fälle ausgeglichen wird, bei denen die Coupirung nicht gelungen ist. Die Exstirpation sämmtlicher Inguinaldrüsen sollte nur in ganz besonderen Fällen vorgenommen werden, denn die dadurch hervorgerufene Störung in der Lymphcirculation der Genitalien kann zu elephantiastischen Zuständen führen und zu schwer heilbaren Geschwürsbildungen. Bei noch geschlossenen Bubonen sind am zweckmässigsten *sehr heisse Kataplasmen*, die aber richtig zu appliciren sind. Pat. muss sich so viel zumuthen, dass eine Verbrennung der Haut in der Umgebung des Bubo im niedersten Grade erzielt wird, d. h.

es muss eine Parese der oberflächlichen Gefässe eintreten, die zu dauernder Röthung der Haut und meist im weiteren Verlauf zu brauner Pigmentirung führt. Wenn diese livide marmorirte Röthung der Haut auftritt, erfolgt dann oft ganz plötzlicher Rückgang der entzündlichen Spannung und Schmerzhaftigkeit, ja oft unerwartet noch da Resorption, wo schon Fluctuation, Röthung und Verdünnung der Haut vorhanden waren. In leichteren Fällen genügen auch Spiritusumschläge. Erscheint doch Incision geboten, so genügt manchmal Anlegung einer kleinen Oeffnung; Autor legt Werth darauf, dass der Eiter allmählich abfliesst, damit die Kapselgewebe Zeit haben, sich zu contrahiren und so die Bildung von Spalten und Winkeln verhütet wird. Dauert aber eine seröse Eiterung aus der Fistel fort, so schiebe man die ausgiebige Spaltung und Jodoformgazetamponade nicht zu lange auf. Schankrös gewordene Bubonen wurden erfolgreich mit der Focuslampe behandelt.

(**Monatsschrift für Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, April 1904.**)

---

# Vermischtes.

— Ueber **Bäderbehandlung in der Geschlechtsperiode der Menarche** lässt sich Prof. Kisch (Prag-Marienbad) aus. Derselbe bezeichnet als Menarche jene Geschlechtsperiode des Weibes, welche die Pubertätsentwickelung darstellt. Sie umfasst einen Zeitraum von mehreren Monaten, zuweilen auch Jahren, *bevor* es zur Geschlechtsreife und als Wahrzeichen der letzteren zur Menstrualblutung kommt, sowie auch die Zeit *nach* dem Erstauftreten der Menses bis zum Erreichen des vollständigen Rhythmus der Menstrualfunction und der Vollentwickelung des weiblichen Genitale. In dieser Zeit machen sich besonders *zwei* Momente geltend: Herabsetzung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Organismus und erhöhte Erregbarkeit der nervösen Elemente; es besteht also vor allem chlorotische Blutbeschaffenheit und grosse Labilität des Nervensystems, speciell seines psychischen Organs. Nach diesen beiden Richtungen sind gewisse Bäder von Nutzen. Schon bei ganz ge-

sunden Mädchen dieser Geschlechtsepoche sind hydriatrische Proceduren zur Abhärtung des Körpers und Erhöhung seiner Widerstandsfähigkeit indicirt: allgemeine Abreibungen mit kühlem bis kaltem Wasser (in langsamer Abstufung bei Ungewohnten von 20—10° C.) Abends vor dem Schlafengehen oder Morgens beim Aufstehen in der Dauer von 1—2 Minuten, ebenso kühle Regenbäder einige Secunden bis ½ Minute dauernd. Wenn bei solchen im übrigen kräftigen Mädchen die Menarche sich verzögert, die ersten Menstruationen sehr sparsam und nicht regelmässig auftreten, so leisten kurzdauernde kühle Sitzbäder oder Halbbäder mit Uebergiessung des Unterleibes zuweilen gute Dienste. Sind die Mädchen etwas anaemisch, so thut man gut, ½ Stunde vor diesen hydriatrischen Applicationen ein Glas warmer Milch oder warmen Thees zu reichen und nach den Abreibungen oder Duschen einige Zeit Bettruhe zu empfehlen. Bei ausgesprochen anaemischer oder chlorotischer Blutbeschaffenheit, bei überreiztem Zustande der Nerven sind alle Kaltwasserproceduren oder starke mechanische Erschütterungen mit der Wasseranwendung zu meiden, sondern an Stelle derselben lauwarme Theilwaschungen und ganze Waschungen des Körpers von 32 bis 24° C. als sanftes Anregungsmittel Früh oder Abends vorzunehmen. Sehr angebracht sind bei Adolescentinen Mineralbäder, die kohlensauren Bäder (Säuerlingsbäder oder Stahlbäder oder Solthermalbäder), indem die Kohlensäure reflectorisch auf den gesammten Organismus kräftigend einwirkt; man lässt diese Bäder zumeist mit einer allmählich herabgesetzten Temperatur von 32 bis 25° C. in der Dauer von 10 bis 20 Minuten nehmen (künstliche kohlensaure Bäder sind kein vollständiger Ersatz), hauptsächlich bei Herzbeschwerden in der Menarche (Herzklopfen, Tachycardie), wo sie sehr gut wirken. Wo sich das Ersteintreten der Menses über den Durchschnittstermin hinaus verzögert oder mit den ersten Menstruationen heftige Beschwerden sich geltend machen, oder wenn die Menses spärlich und unregelmässig sind, da sind Eisenmoorbäder von vorzüglicher Wirkung (35—46° C. 15—45 Minuten); man schicke solche Mädchen nach Bocklet, Brückenau, Cudowa, Elster, Franzensbad, Königswart, Langenau, Liebwerda, Lobenstein, Marienbad, Muskau, Polzin, Pyrmont, Reinerz, Ronneberg, Schwalbach, Spaa, Steben. Auch Erkrankungen des Genitale in dieser Geschlechtsperiode indiciren die Anwendung der Eisenmoorbäder, namentlich die chron. Metro-Endometritis, wie sie z. B. durch ungeeignete körperliche Bewegungsarten

(Tanzen, Schlittschuhlaufen, Reiten, Nähmaschinenarbeit) während der Menses, durch Masturbation etc. sich entwickelt. Störungen des Gesammtbefindens infolge scrophulöser oder rhachitischer Constitution indiciren Solbäder, besonders die in Gebirgen gelegenen (Ischl, Aussee, Reichenhall, Soden, Hall, Kreuth, Gmunden u. s. w.). Zu gleichem Zwecke sendet man solche Adolescentinen mit spärlicher oder unregelmässiger Menstruation an die Nordsee, vorausgesetzt dass die Anaemie nicht bedeutend und der Organismus noch genug widerstandsfähig ist. Bei hochgradiger nervöser Reizbarkeit der neurasthenischen oder neuropathisch veranlagten jungen Mädchen, bei psychischen Erregungszuständen, welche mit gestörter oder verzögerter Menstrualentwickelung im Zusammenhange stehen, müssen stärkere, provocirende Reize durch Bäder vermieden werden. Hier sind die Akratothermalbäder aus den indifferenten Thermen am Platze, Johannisbad, Badenweiler, Ragaz, Pfäffers, Römerbad, Schlangenbad, Landeck, Wildbad, Liebenzell. Hand in Hand mit der Balneotherapie muss stets die geeignete Ernährung gehen. Es empfiehlt sich eine Kost, welche einen möglichst hohen Eiweissgehalt bei leichter Verdaulichkeit und Reizlosigkeit der Nahrungsmittel bietet und die Mahlzeiten nicht zu reichlich auf einmal gestaltet, sondern sie auf 4—5 mal des Tages vertheilt. Neben vorwiegender Fleischkost sollen auch Vegetabilien in Fülle geboten werden, die an Eisen reichen Gemüse, Obst. Der Küchenzettel muss also enthalten vor allem Braten von Rind- und Kalbfleisch, Huhn, Birkhuhn, Fasan, Taube, Krammetsvogel, Kalbsbeine, Fische, Spargel, Spinat, Blumenkohl, Obst, Süssspeisen, Milch. Ueppige Abendmahlzeiten sind zu meiden, ebenso Alkohol. Geregelte körperliche Bewegung (z. B. Criquet, Lawn-Tennis, Spazierengehen) ist von Nutzen, Radfahren ist nicht zu empfehlen.

(Therap. Monatshefte, Mai 1904.)

— Eine **Haltbarmachung von Liquor Alumin. acet.** ist Dr. H. Vörner (Leipzig, Medicin. Poliklinik) gelungen. Essigsaure Thonerde ist ein inconstantes Präparat, es trübt sich leicht, besonders wenn es etwas warm steht, bildet Niederschläge, wird unwirksamer. Autor hat nun gefunden, dass *Zusatz von Borsäure* Abhülfe schafft. Schon Zusatz von $^1/_4$ % Acid. boric. genügt dazu. Bei zehnfacher Verdünnung des Liquor kommt natürlich die zugesetzte Borsäure (= $^1/_4$ Prom.) gar nicht in Betracht. Wie praktische Versuche zeigten, gewinnt man so eine Lösung, welche

haltbar ist. Es wurde aber auch maximaler Zusatz von Borsäure gemacht, indem einer frischen 10%igen Lösung von Liq. Alumin. acet. solange Borsäure beigegeben wurde, bis sich diese nicht mehr löste. Auch ein solcher Zusatz beeinträchtigt in keiner Weise die Wirksamkeit der essigsauren Thonerde, ja steigert dieselbe sogar noch. Wer also Steigerung der Wirkung erzielen will, wird mehr Bor zusetzen lassen. Die Receptur wäre also folgende:

1. Rp. Acid. boric. 0,25
Liq. Alumin. acet. ad 100,0
S. Zehnfach verdünnt zu Umschlägen.

2. Rp. Acid. boric. 3,5
Liq. Alumin. acet. ad 100,0
S. Wie vorher.

3. Rp. Liq. Alumin. acet. 100,0
Sol. acid. boric. aquos. saturat. (3,5 %) ad 1000,0
S. Verbandwasser.

4. Rp. Liq. Alumin. acet. 100,0
Aq. 1000,0
Acid. boric. q. s. ad saturat.
S. Wie vorher.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 23.)

— **Euporphin** (*Apomorphinbrommethylat*) als Ersatzmittel für Apomorphin, haben P. Bergell und R. Pschorr (I. chem. Institut der Universität Berlin) hergestellt, und Prof. Dr. M. Michaelis (v. Leyden'sche Klinik) hat das Präparat, das die gleiche Wirkung wie das Apomorphin ohne dessen ungünstige Nebenwirkungen auf Magen, Herz u. s. w. haben sollte, klinisch bei 31 Pat. als *Expectorans* versucht, in einer Tagesdosis von 0,01—0,04 als Lösung oder in Pastillen gereicht:

Rp. Euporphin. 0,05 : 180,0
Morph. mur. 0,01
Syr. simpl. (Alth.) ad 200,0
S. Zweistündl. 1 Esslöffel.

Rp. Euporphin. 0,005
Sacch. lact. q. s.
D. tal. tablett. No. 30
S. Zweistündl. 1 Tablette.

Die Expectoration wurde eine reichlichere, die Pat. vertrugen das Mittel gut, oft auffallend lange, ohne dass Beschwerden, besonders seitens des Herzens sich zeigten. Manchmal versagte es freilich, bisweilen zeigte sich Brechneigung. Ein abschliessendes Urtheil zu fällen ist noch nicht möglich, aber Autor hat den Eindruck gewonnen, dass Euporphin in Verbindung mit kleinen Dosen Morphium besonders geeignet ist, in Fällen von acuter und chron. *Bronchitis*, *Asthma*, *Pneumonie* und zeitweilig bei *Phthisen* ersten und zweiten Grades angewandt zu werden, und dass es dort, wo wir sonst zum Apomorphin greifen, vor diesem den Vorzug hat, dass es in geringerem Grade Brechreiz hervorruft, dass es sicher weniger auf das Herz einwirkt und länger ohne Schädigung für den Pat. genommen werden kann.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1904.)

— Einen **selbstleuchtenden Zungenspatel** empfiehlt Dr. Axmann (Erfurt). Das äusserst einfache und den Anforderungen der Asepsis entsprechende Instrument wird hergestellt von der Glasfabrik Fr. R. Kirchner (Erfurt-Ilversgehofen). Aus Milchglas in entsprechender Biegung gefertigt, trägt der Spatel an der Spitze ein Fenster von lichtdurchlässigem Glas. Hinter letzterem befindet sich eine kleine Glühlampe, welche, an der Leitungsschnur hängend, einfach in den hohlen Spatel hineingesteckt wird. Eine kurze, federnde Metallfassung an der Griffseite des Instrumentes hält diese. Zur Desinfection wird einfach alles aus dem Spatel herausgenommen, der ganze Apparat wiegt mit Element nebst kleinem Etui in der Tasche zu tragen, ca. 500 g und ist viel wohlfeiler, als ähnliche Instrumente. Die Beleuchtung des Rachens ist eine ausgezeichnete, man kann z. B. sehr schön in die Lacunae tonsill. hineinsehen u. s. w.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 No. 25.)

— Eine **Verbesserung des gewöhnlichen Hörrohres** erzielt man nach Prof. Dr. Dinkler (Luisenhospital Aachen), wenn man über das Hörrohrende einen Ansatz aus schwarzem Weichgummi zieht, einen soliden schwarzen Gummiring, der sehr haltbar ist. Autor hat bei täglich mehrstündigem Gebrauche nicht mehr als *eine* Prothese abgenützt (Preis bei der Firma Saul, Aachen, Dahmengraben, 30 Pfg.). Eine solche bringt folgende Vortheile: Fällt das Rohr herunter und bricht ein Stück am Hörrohrende ab, so

überbrückt sie diesen Defect, so dass man das Rohr weiter benützen kann; sie lässt jeden schmerzhaften Druck vermeiden dadurch, dass sie weich ist; sie verhütet das Ausrutschen bei Kantenstellung, indem sie eine stumpfe Oberfläche hat; sie vermeidet accidentelle und Nebengeräusche, weil sie sich gleichsam auf der Haut festsaugt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 24.)

— Zur **Behandlung des Klumpfusses Neugeborener,** die so früh wie möglich einzuleiten ist, giebt Dr. W. v. Oettingen (Berlin), eine Methode an, die in der v. Bergmann'schen Klinik ausgearbeitet wurde, und die so einfach und technisch ungefährlich ist, dass sie für die Praxis warm empfohlen werden kann. Der Fuss wird ohne vorherige Tenotomie redressirt, d. h. ganz langsam, nach der Uhr in 4—5 Minuten extrem in normale Stellung gebracht; König nennt es „ganz lappig werden", so vollständig soll durch Kneten und Drücken der Fuss redressirt sein. Zum Fixiren des Erreichten wird eine lange Binde aus Köperstoff genommen, 4 cm breit, dessen eine haarige Stelle nach aussen sieht. Diese Binde wird an der Haut angeklebt mittels folgender sehr klebekräftigen Masse:

Terebinth. venet. 15,0
Colophon. 28,0
Resin. alb. 8,0
Mastic. 12,0
Spirit. (90%) 180,0
Aether. 20,0
Filtra.

Diese wird auf den redressirten Fuss aufgepinselt, worauf die Binde mit der haarigen Seite in folgender Weise fixirt wird. In pronirender Richtung wird am Mittelfuss beginnend die Binde fest herumgelegt. In wenigen Secunden haftet sie, wodurch die Handhabe geschaffen ist, den „Fuss in Stellung" zu bringen. Jetzt werden die Aussenseite des Unterschenkels und die vordere Seite des Oberschenkels mit dem Klebestoffe bestrichen, und es folgt die Haupttour: indem man stark pronirt, wird bei rechtwinklig gebeugtem Knie unter kräftigem Zug die Binde am Unterschenkel aussen herauf und nach innen zu über den Oberschenkel fortgeleitet; zugleich wird sie auch hier angeklebt. Jetzt greift man von aussen unter dem Oberschenkel durch, leitet die Binde spiralig nach der Innenseite des Fusses, von wo sie wieder unter der Sohle hinweg nach aussen und nochmals zum Oberschenkel herauf führt. Der Ver-

band wird nun durch eine Mullbinde befestigt und bleibt zwei Tage liegen, dann wird der Fuss gewaschen, event. noch die Stellung corrigirt und der Verband erneuert. Er bleibt jetzt etwa fünf Tage liegen, der dritte schon zwei bis drei Wochen u. s. w., je nachdem der kleine Pat. sauber zu halten ist. Zur Nachbehandlung wird in ähnlicher Weise eine mit Schnalle versehene Gummibinde angelegt, deren Kraftwirkung beliebig zu dosiren ist. Damit sie nicht abrutscht, wird ein Canülenband unter der Kniekehle durchgeführt und nachdem es unter dem Oberschenkel gekreuzt worden, über diesem geknüpft. Das Anlegen lernt die Mutter schnell und wird beim Baden und bei der Pflege des Kindes durch den Verband gar nicht genirt.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1904 No. 12.)

— **Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken** setzt K. Grassmann (München) genauer auseinander und gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

Es besteht keine Berechtigung, das Morphium innerhalb der gebräuchlichen therapeutischen Dosen als Herzgift anzusehen und deshalb seine Anwendung bei Herzkranken principiell zu verwerfen.

Die plötzlichen Todesfälle, welche sich bei morphinisirten Herzkranken dann und wann ereignen, müssen im Allgemeinen mit jenen in eine Linie gestellt werden, welche bei richtig geleiteten Chloroformnarkosen infolge von Herzlähmung eintreten. Ihre Ursache ist noch dunkel.

Ueber die Indicationen des Morphiumgebrauches bei den verschiedenen Arten der Herzkrankheiten gehen die Anschauungen der Autoren noch beträchtlich auseinander, und es würde sich empfehlen, an einem grossen klinisch beobachteten Material präcisere Indicationen aufstellen.

Die Anwendung des Morphiums bei Herzschwachen und Herzkranken, welche erheblichere Erkrankungen der Respirationsorgane, namentlich acuter Natur darbieten, sowie bei acuten Processen des Endo- und Myocards heischt Vorsicht.

Bei rein nervösen Herzstörungen, speciell bei nicht organisch bedingter Angina pectoris kann Morphium unbedenklich — im Rahmen seiner allgemeinen Indicationen — gegeben werden.

Bei organisch basirter Angina pectoris, bei Stenocardie sind kleine Morphiumdosen erlaubt bezw. indicirt.

Für unbedingt indicirt erscheint Morphium zur augenblicklichen Hülfeleistung bei allen schwereren Anfällen von

Asthma cardiale. Die Anwendung bei der chronischen Dyspnoe ambulanter Herzkranker ist nur beschränkt statthaft und rathsam.

Eine Indication für Morphiumgebrauch besteht da, wo Digitalis und andere Herzmittel ihre Wirksamkeit nicht entfalten oder bereits ganz eingebüsst haben.

Eine wichtige Rolle spielt das Morphium als präparatorisches Mittel — zu vergleichen der Injection vor der Narkose — vor der Digitaliscur bei sehr erregten, schlaflosen, heruntergekommenen Herzkranken. In diesen Fällen genügt das Morphium direkt einer causalen Indication.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 No. 15.)

— **Methylatropin. bromat.** hat Dr. Aronheim (Gevelsberg) schon früher empfohlen und thut dies jetzt noch einmal, nachdem er nach 1½jähriger Benützung des Mittels dasselbe immer mehr schätzen gelernt hat. Sehr oft wandte er es zur subcutanen Injection statt des Morphiums an, indem er, je nach dem Grade der Schmerzhaftigkeit, dem Alter und der Constitution der Pat. ¼—½—1 Spritze folgender Lösung injicirte:

Rp. Methylatropin. bromat. 0,05
Aq. Laurocer.
Aq. dest. āā ad 10,0

Bei Kindern und jugendlichen Personen genügte meist ¼, bei Erwachsenen ½ Spritze, bei sehr kräftigen Pat. eine ganze. Fast stets wurde die Injection gut vertragen und brachte sofort Nachlass der Schmerzen, meist ohne unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen. (Nur selten mässige Dilatation der Pupille, oder Trockenheit im Pharynx). So bei Magen- und Darmschmerzen, bei Pneumonie, Pleuritis (hier wurde auch die Athmung ruhig, der Hustenreiz gemildert, die Expectoration besser), bei Appendicitis, Ileus paralyticus, Nachwehen der Wöchnerinnen, Lumbago, Herzneurosen (besonders Angina pectoris), bei Gallensteincolik (manchmal musste hier nachher noch Morphium gegeben werden). Auch intern wurde das Präparat sehr oft ordinirt statt Morphium. So stets gute Wirkung bei schmerzhafter Cystitis durch Methylatropin. bromat. 0,002 + Urotropin 1,0 (2 solche Pulver täglich), bei Schlaflosigkeit durch Methylatropin. brom. 0,002 + Veronal 0,5—1,0, bei fieberhaften katarrhalischen Zuständen oder neuralgiformen Affectionen durch Methylatropin. brom. 0,002 + Phenacetin. 0,5—0,75. Bei quälendem nächtlichen Hustenreiz wirkte günstig:

Rp. Methylatropin. brom. 0,02
Cocain. hydrochloric. 0,2
Aq. Laurocer. ad 10,0
S. 15—20 Tropfen in einer Tasse Brustthee.

Oder bei starker acuter Bronchitis (auch Keuchhusten) folgende Mixtur:

Rp. Antipyrin. 0,5
Methylatropin. brom. 0,03—0,05
Mixtur. solv. ad. 200,0

Bei Dyspepsie mit Sodbrennen:

Rp. Methylatropin. brom. 0,05
Natr. bicarb.
Natr. salicyl. aa 5,0
Ol. Menth. pip. gtt. X
Sacch. lact. ad 30,0
S. 4 mal täglich nach dem Essen eine Messerspitze voll.

Bei Myocarditis atheromatosa mit starker Irregularität des Pulses und stenocardischen Beschwerden:

Rp. Inf. fol. Digital. 0,5—1,0 : 165,0
Methylatropin. brom. 0,03—0,05
Syr. Papav. ad 200,0

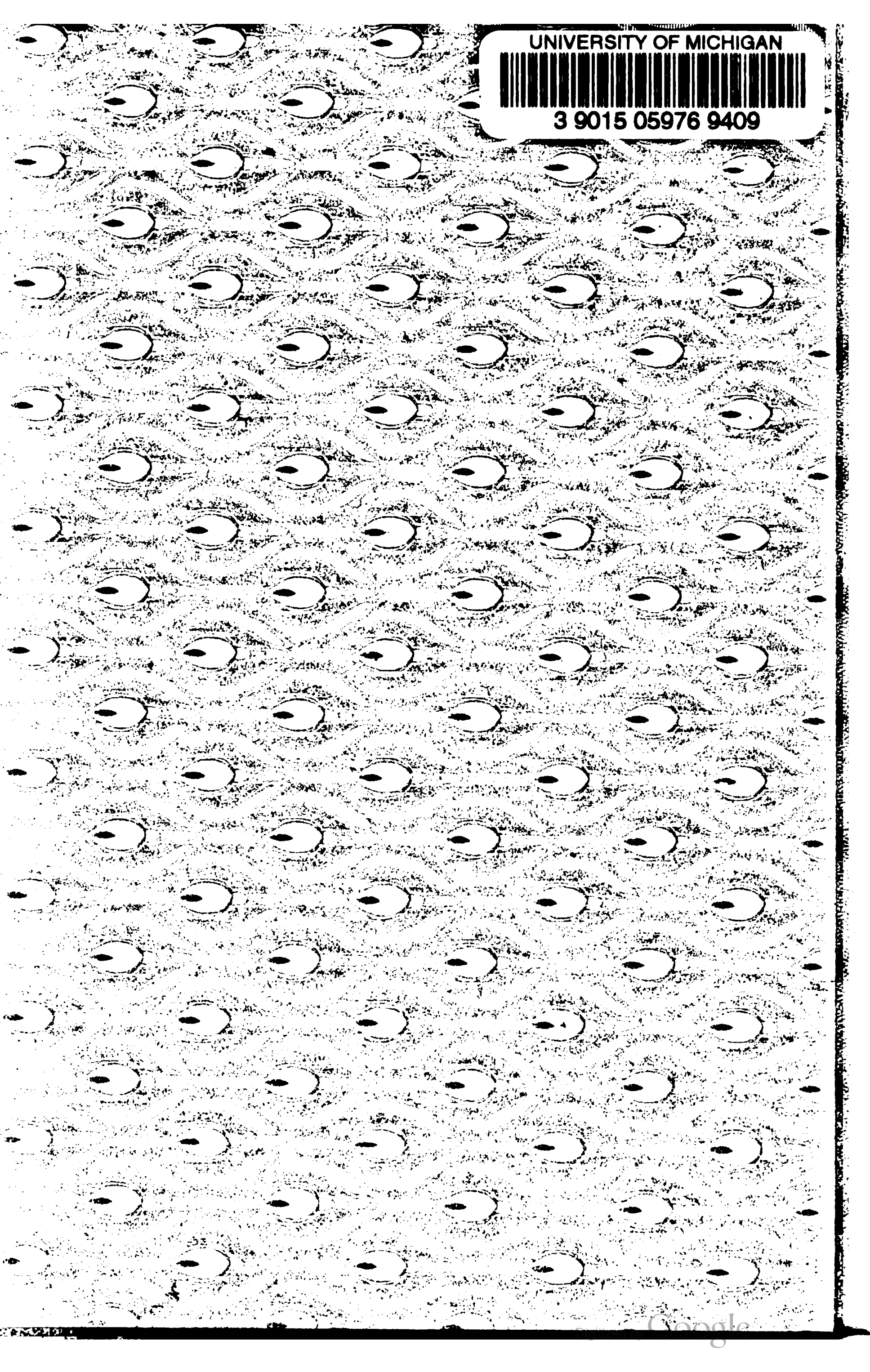
(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 28.)

— Die Erfahrungen, die mit **Thiosinamin bei Erkrankungen der Verdauungswege** Dr. R. Baumstark (Augusta-Hospital Berlin) machte, mahnen, sich nicht grossen Hoffnungen nach dieser Richtung hin hinzugeben. Die Thiosinamininjectionen blieben auf 3 stenosirende Pyloruscarcinome und 2 Oesophaguscarcinome ohne den geringsten Einfluss. Aber auch bei benignen Stenosen (auf dem Boden eines Ulcus ventriculi) waren die Erfolge keineswegs ermuthigend, ebenso bei Chole- und Pericholecystitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904 No. 24.)

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 05976 9409

